

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ESCALA VISUAL DO CONFORTO TÉRMICO:
ESTUDO DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:
Professora Doutora Teresa Martins

Coorientação:
Mestre Isaura Carvalho

Carmen Daniela Barbosa Gomes Alves

Porto | 2015

*"We make the difference to perioperative patient care
by the very nature of our practice"*

Sheila Allen

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa Martins pela orientação científica do trabalho, pela disponibilidade, paciência e incentivo ao longo de todo o percurso, pelo acompanhamento e contributos dados, os quais sem dúvida, enriqueceram este momento de aprendizagem permitindo melhorar a qualidade do trabalho.

À Mestre Isaura Carvalho por todo apoio, pela colaboração durante todo o processo de realização da dissertação, pela disponibilidade e, acima de tudo pela partilha de conhecimentos sobre a temática em estudo.

À minha colega Ana Catarina com quem partilhei esta extensa caminhada. Em particular pela partilha, discussão de ideias, paciência, disponibilidade e compreensão.

À instituição hospitalar, pela autorização de participação dos doentes no estudo e pela permissão na aplicação do instrumento no contexto específico de cuidados.

Aos meus pais, pela minha ausência e falta de disponibilidade.

Aos amores da minha vida, meu marido Luís Alves, pelo companheirismo, incentivo e motivação, pela imensa paciência, pelo amor e carinho e, acima de tudo pelas palavras reconfortantes de motivação nos momentos mais difíceis (não deixas te de acreditar que iria conseguir). Ao meu príncipe, Diogo Simão, que mesmo sem saber percorreu comigo este longo caminho...

O meu sincero Obrigada, a cada um em particular...

SIGLAS/ABREVIATURAS

AESOP	Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
AORN	Association of Operating Room Nurses
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EA	Escala da Ansiedade
ECG	Escala do Conforto Geral
ECT	Escala do Conforto Térmico
EORNA	European Operating Room Nurses Association
EVA	Escala Visual Analógica da Ansiedade
EVCT	Escala Visual do Conforto Térmico
ICN	International Council of Nurses
IMC	Índice de Massa Corporal
OE	Ordem dos Enfermeiros
UCPA	Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO	23
1.1. Teoria de Médio Alcance de Kolcaba	26
1.2. Avaliação do Conforto Térmico	29
2. CARACTERÍSTICAS MÉTRICAS DO INSTRUMENTO	33
3. MÉTODO	37
3.1. Material	37
3.2. Participantes	40
3.3. Procedimento	44
3.4. Considerações Éticas	48
3.5. Análise de Dados e da Informação	49
4. RESULTADOS	51
5. DISCUSSÃO	59
5.1. Limitações e Implicações do Estudo	64
CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS:	79
ANEXO I – Questionário de avaliação do Conforto Geral (versão experimental)	81
ANEXO II – Questionário de avaliação da Ansiedade e Escala Visual Analógica da Ansiedade	85
ANEXO III – Questionário sociodemográfico e clínico	89
ANEXO IV – Pedidos de autorização	93
ANEXO V – Pedidos autorização aos conselhos de administração das três Instituições	97

ANEXO VI – Pedidos autorização às comissões de Ética das três Instituições ...	105
ANEXO VII – Consentimento Informado	113
ANEXO VIII – Parecer favorável das três Instituições	117

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Escala do Conforto Geral	39
TABELA 2: Escala do Conforto Térmico	40
TABELA 3: Critérios de seleção das três amostras em estudo.....	41
TABELA 4: Contextos de avaliação do Conforto Térmico.....	42
TABELA 5: Características sociodemográficas das três amostras em estudo (n=301)	42
TABELA 6: Características clínicas da amostra dos doentes cirúrgicos (n=201)	52
TABELA 7: Características ambientais da amostra dos doentes cirúrgicos (n=201)	53
TABELA 8: Escala Visual do Conforto Térmico: estatística descritiva	54
TABELA 9: Itens da Escala Visual do Conforto Térmico: estatística descritiva	55
TABELA 10: Valores de correlação de Spearman entre a ECT e EVCT na sua versão em 2 e 3 categorias (n=301)	57
TABELA 11: Médias, desvio padrão e valores do teste de Mann-Whitney entre os participantes que manifestam conforto versus desconforto na EVCT, ECT, EA e ECG (n=301)	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo focalizado no doente perioperatório	23
FIGURA 2: Estrutura taxonómica do Conforto de Kolcaba	28
FIGURA 3: Aplicação da estrutura taxonómica do Conforto	29
FIGURA 4: Escala Visual do Conforto Térmico	45
FIGURA 5: Espectro de cores frias e quentes	47
FIGURA 6: Escala Visual do Conforto Térmico versão 3 categorias	63

RESUMO

O conforto térmico é um desafio e uma prioridade nos cuidados de enfermagem durante o período perioperatório. Este surge como um foco de enfermagem relevante, na medida em que, diminui as complicações inerentes ao processo anestésico-cirúrgico, como o risco de infeção e, condiciona ainda a satisfação do doente durante a experiência cirúrgica.

Em Portugal, não são conhecidos instrumentos que avaliem a perceção deste tipo de conforto. Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo desenvolver um instrumento que avalie o conforto térmico, através de uma escala visual, bem como, o estudo das suas propriedades métricas.

Com base no estudo metodológico procedeu-se a uma investigação de carater transversal através de três amostras não probabilísticas por conveniência, incluindo 301 participantes provenientes de contextos independentes (doentes cirúrgicos submetidos a anestesia geral, doentes cirúrgicos submetidos a anestesia loco regional e, doentes não cirúrgicos).

A Escala Visual do Conforto Térmico (EVCT) foi pensada para avaliar a perceção de desconforto por frio e calor versus conforto. Para além desta medida os participantes preencheram a escala de conforto térmico (CT), a escala de conforto geral (ECG) e duas escalas de ansiedade (EA, EVA).

Os dados revelam que o conforto térmico é um aspeto valorizado em contexto hospitalar, particularmente no período perioperatório. Verificou-se correlação estatística entre esta medida e a escala do conforto térmico assegurando a validade de critério. A escala apresenta também um grande poder de discriminação.

Nas amostras analisadas verificamos que não existe diferenças entre homens e mulheres na expressão de conforto/desconforto pela EVCT. Os participantes mais jovens mostram um melhor conforto térmico ($t(299)=2,76$; $p=0,006$). Regista-se também um maior nível de ansiedade ($t(299)=2,64$; $p=0,009$) nos participantes classificados com “desconforto” segundo a EVCT.

Apesar de poder ser trabalhada como uma variável contínua ou com três categorias (desconforto pelo calor, desconforto pelo frio e conforto), recomendamos que a EVCT seja analisada em duas categorias (conforto versus desconforto), uma vez que é nesta apresentação que mostra ter maior poder discriminativo.

A EVCT parece ser um instrumento prático e útil na avaliação e mensuração do conforto térmico. Mostra ainda ser uma medida robusta, eficaz, confiável, simples e de fácil aplicação.

Keywords: Reaquecimento; Temperatura corporal; Hipotermia; Psicométricos; Perioperatório

ABSTRACT

VISUAL THERMAL COMFORT SCALE: STUDY OF METRIC PROPERTIES

Thermal comfort is a challenge and a priority in nursing care during the perioperative period. This is a relevant nursing focus, since it might decrease the complications inherent to anesthetic-surgical procedure, such as risk of infection and also affects the patient's satisfaction during surgical experience.

In Portugal, are not known instruments that assess the perception of this kind of comfort. Thus, this study aims to develop an instrument an evaluation to assess thermal comfort, through a visual scale as well as the study of its metric properties.

The methodology of herein presented study considered to a cross character research through three non-probabilistic for convenience samples. We included 301 participants from three independent contexts (surgical patients undergoing general anesthesia, surgical patients undergoing anesthesia regional site and non surgical patients).

The Visual Scale Thermal Comfort (EVCT) was designed to evaluate the perception of discomfort for cold and heat versus comfort. In addition to this measure participant also completed the thermal comfort scale (CT), the overall comfort scale (ECG) and two anxiety scales (EA, EVA).

The results have shown that the thermal comfort is a valued aspect in the hospital setting, particularly in the perioperative period. Significant statistical correlation was observed between this measure and the scale of thermal comfort by ensuring the criterion validity. The scale also has a great power of discrimination.

The samples analyzed we found that there is no significant differences were registered between men and women in the expression of comfort / discomfort by EVCT. The younger participants have shown better thermal comfort ($t(299)=2,76$; $p=0,006$). It is noted also a higher level of anxiety ($t(299)=2,64$; $p=0,009$) the participants classified as "discomfort" second to EVCT.

Although it can be crafted as a continuous variable or with three categories (discomfort by heat, cold discomfort and comfort) we recommend that the EVCT be analyzed in two categories (comfort versus discomfort), since it is in this presentation showing be more discriminative power.

The EVCT seems to be a practical and useful tool in the evaluation and measurement of thermal comfort. It also shows a robust measure, effective, reliable, simple and easy to apply.

Keywords: Rewarming; Body Temperature; Hypothermia; Psychometrics
Perioperative

INTRODUÇÃO

O espírito inovador, a curiosidade e a iniciativa fomentam no enfermeiro uma atitude de procura e envolvimento na construção do conhecimento científico, favorecendo uma prestação de cuidados de qualidade associados a um maior conforto.

As primeiras referências do conforto nasceram com Florence Nightingale, tendo surgido ao longo dos anos como um elemento primordial dos cuidados de enfermagem (Apóstolo, 2009). Segundo a versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, este conceito define-se como “*sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal*” (ICN, 2010,p.45).

O conforto é um dos focos da prática de enfermagem perioperatória por enriquecer não só a prática clínica como o portefólio de conhecimentos necessários para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Na medida em que, é uma temática onde existem poucos estudos a nível internacional e desconhecidos a nível nacional, deve ser implementada e orientada por objetivos, tendo por base uma abordagem holística do individuo enquanto pessoa, considerada nas suas componentes física, psicológica, espiritual e social (EORNA, 1996).

Entende-se que o conforto térmico é um desafio e uma prioridade nos cuidados de enfermagem, sendo a sua gestão um passo fundamental para a efetiva humanização dos mesmos. A evidência científica menciona que o conforto térmico diminui potenciais complicações, como o risco de infeção e, condiciona ainda a satisfação do doente durante a experiência cirúrgica (Wagner e Kolcaba, 2006).

Assim, o foco “conforto térmico” é descrito como sendo a “*perceção individual que expressa satisfação de não sentir frio nem calor, face às condições térmicas*” (Hooper et al, 2010 cit. Carvalho, 2014, p.12) e integra elementos de natureza física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003; Hooper et al, 2010 cit. Carvalho, 2014).

No decorrer da sua atividade profissional, o enfermeiro depara-se com necessidade de informação, que promova indubitavelmente uma pesquisa dirigida da evidência relevante e facilitem a triagem da mesma, auxiliando-os na tomada de decisão e na aplicação à sua prática (Craig e Smyth, 2004).

O desenvolvimento da prática especializada sustentada numa prática clínica baseada na evidência, faz com que o enfermeiro especialista nomeadamente, o de

Médico-Cirúrgica, no âmbito do exercício profissional, desempenhe um papel primordial na equipa multiprofissional. Na medida em que, possui um aprofundamento de conhecimentos e competências distinguindo-se “pela formação, experiência e conhecimento aprofundado que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural. Ao procura abster-se de juízos de valor, relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem demonstra níveis elevados de julgamento clínico e, tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências relativas a um campo de intervenção” (Padrões de Qualidade da OE, 2004; 2010, p.2).

O estudo aqui apresentado faz parte de um projeto mais alargado desenvolvido por três investigadoras (duas mestrandas e uma doutoranda) convergindo quanto à sua génese mas divergente no que respeita aos objetivos particulares de cada.

Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009), o objetivo de um estudo não é mais do que a descrição, explicação ou predição, consoante o estado de arte no domínio estudado. O objetivo do presente estudo é desenvolver um instrumento que avalie o conforto térmico, através de uma escala visual, com recurso a um tipo de medida simples, válido e fiável e que possa ser aplicado a pessoas em contexto perioperatório. Neste sentido avaliamos as propriedades métricas (validade de critério e fidelidade) e a utilidade do instrumento desenvolvido.

Para a consecução do objetivo proposto partimos da exploração do conceito de conforto operacionalizado na Teoria de Médio Alcance de Katharine Kolcaba (2003) e, refletimos sobre as práticas de enfermagem relativas ao mesmo numa perspetiva transversal à abordagem de conceitos como: conforto térmico, hipotermia e normotermia perioperatória.

Os fatores que, influenciam a perceção de conforto, especialmente do conforto térmico, são múltiplos, complexos e tornam a sua avaliação difícil de realizar. O fato da sensação de desconforto por frio ser das que mais fortemente permanecem na memória das pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas, comprova que o conforto térmico ganha grande expressão, no contexto perioperatório (Carvalho, 2014). Assim, a avaliação deste tipo de conforto, nomeadamente nas pessoas submetidas a processos cirúrgicos representa uma mais-valia para a prática profissional dos enfermeiros, tornando-se necessário a existência de um instrumento que permita mensurar este conceito, possibilitando a sistematização do processo de enfermagem neste período.

Este trabalho corresponde, à dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto e,

pretende contribuir para o desenvolvimento de medidas que possam assegurar uma prática de cuidados de enfermagem mais fundamentada e de excelência.

Estruturalmente optou-se por organizar esta dissertação numa sequência por capítulos e subcapítulos com vista a dar resposta aos objetivos propostos. No primeiro capítulo pretende-se abordar a relevância do conforto térmico como vertente do conforto geral para a Enfermagem, nomeadamente, no período perioperatório.

Os próximos quatro capítulos são complementares quanto à sua natureza. Contemplam a opção metodológica de origem quantitativa seguida no estudo, no que concerne à sua finalidade e propósito. Bem como, descrever todo o trabalho realizado por meio da análise, interpretação dos resultados e, limitações inerentes ao estudo.

Por fim, a dissertação termina numa conclusão, onde se tecem algumas considerações essenciais para o estudo, recomendações e sugestões inferidas dos resultados produzidos no trabalho.

Para a realização do presente trabalho, inicialmente foi elaborada uma lista de palavras/descriptores de pesquisa com recurso ao “MeSH Descritores”, prosseguindo à seleção dos recursos de pesquisa dos termos a utilizar, leitura dos títulos e ou resumos sugestivos; avaliação e análise crítica dos textos relevantes. Utilizamos também descritores que não estão indexados de acordo com o “MeSH”, pela necessidade de inclusão dos mesmos na população.

A pesquisa de suporte à contextualização teórica foi realizada no motor de busca de referência – EBSCO HOST – nas bases de dados de referência, nomeadamente: COCHRANE, CINAHL e ELSEVIER. Foram utilizados livros e trabalhos académicos presentes na biblioteca da ESEP, trabalhos publicados em repositórios online, em particular o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Os limites temporários de pesquisa foram sendo uma constante ao longo deste estudo com o período de Outubro de 2013 a Setembro de 2014. Além disso, foram priorizadas as publicações em língua inglesa e artigos de acesso integral gratuito. Com o objetivo de ampliar a pesquisa, recorreu-se a sites de associações/instituições internacionais e nacionais com um nível de evidência considerável no que concerne à temática em estudo. Os resultados da pesquisa foram avaliados e selecionados posteriormente e, foram considerados relevantes para responder aos objetivos desta dissertação.

Mais do que um trabalho, este estudo permitirá formalizar a pertinência dos cuidados prestados às pessoas em situações de risco ou vulnerabilidade, com vista a promover transições saudáveis.

1. CONFORTO TÉRMICO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

A enfermagem perioperatória é um processo sistemático no qual pretende seguir um roteiro para assegurar ao doente uma assistência individualizada. Para a Association of Operating Room Nurses (AORN, 2004, p. 168).

“O enfermeiro perioperatório é aquele que utiliza o processo de enfermagem, desenvolve um plano de cuidados e, em seguida, coordena e cuida dos doentes submetidos a cirurgia. Têm competências para avaliar, diagnosticar, planejar, intervir e avaliar os resultados das intervenções, abordando as respostas fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais dos doentes cirúrgicos”.

Para a mesma associação, existe um modelo focalizado no doente perioperatório que consiste em domínios de interesse de enfermagem: diagnóstico, intervenções e resultados. Desta forma, estes domínios articulam-se, num processo dinâmico em interação contínua com o foco da prática da enfermagem perioperatória: o doente (Figura 1).

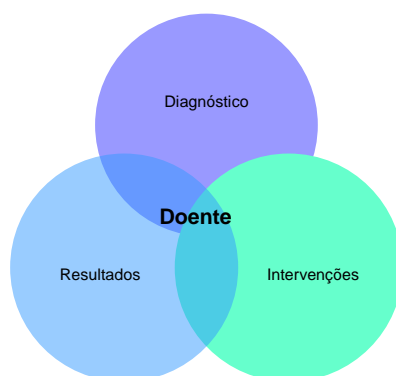


Figura 1 – Modelo focalizado no doente perioperatório
(Adaptado AORN cit AESOP, 2006)

Uma componente importante para o doente neste período é a prevenção da hipotermia. Um doente que refere frio é um doente que está desconfortável, ou seja, é um doente que não está no seu *“mais completo estado de bem-estar”* (Lopes, 2011, p.16). Para a EORNA (1996) os doentes submetidos a cirurgia invasiva ou a procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por

pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória.

Os estudos revelam que a hipotermia perioperatória é reconhecida como uma complicação evitável com efeitos adversos nos doentes submetidos a cirurgia, apesar de ser uma responsabilidade dos enfermeiros perioperatórios. Esta, pode ser também, uma intervenção eficaz no controlo dos efeitos indesejáveis como: o aumento do desconforto pós-operatório do doente com tremores, do risco de infeções cirúrgicas, da perda e necessidade de sangue, do maior risco de eventos cardiovasculares, do maior tempo de recobro na UCPA, do aumento do tempo de internamento e mais custos para as instituições (AORN, 2007; Hooper et al, 2010, cit Carvalho, 2014).

Segundo a Classificação para a prática de enfermagem, hipotermia diz respeito a termorregulação comprometida, possui características específicas: *“diminuição da capacidade para regular o termóstato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, leito ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada à exposição prolongada ao frio (...)”* (ICN, 2010,p.58). Segundo a American Society of PeriAnesthesia Nurses, (2010) ocorre quando a temperatura central é inferior a 36°C.

Wagner (2006) refere que a mudança mais significativa da temperatura corporal do doente ocorre nos primeiros sessenta minutos após o início do procedimento anestésico-cirúrgico. Por sua vez a anestesia geral afeta o equilíbrio termorregulador por mecanismos múltiplos, na medida em que, a maioria dos anestésicos têm propriedades vasodilatadoras que transferem o fluxo de calor do centro do corpo para a periferia. A hipotermia ocorre indubitavelmente pela influência da anestesia na termorregulação, pelos ambientes frios, as cavidades do corpo abertas e a administração de fluidos endovenosos não aquecidos. Sem métodos ativos para reter ou fornecer calor, de acordo com a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004) aproximadamente metade das pessoas submetidas a cirurgia desenvolvem uma temperatura central inferior a 36°C. Assim, a anestesia geral altera o centro termorregulador causando uma queda da temperatura corporal, isto acontece porque os anestésicos diminuem o metabolismo e produção de energia e calor.

A partir do final do processo anestésico (já na UCPA), todos os mecanismos termorreguladores centrais voltam a ser ativados. O doente recupera a capacidade de evidenciar os sinais de hipotermia, expressando-os por via corporal, através de tremores (shivering) e, comportamental verbalizando a sensação de frio (Carvalho, 2014). Estes tremores (calafrio) são o resultado da contração involuntária do sistema musculoesquelético ou crispação por sensação de frio associado a queda da

temperatura corporal abaixo do ponto termostático, efeitos colaterais da anestesia (ICN, 2010). No entanto, este mecanismo compensatório tem como objetivo a recuperação da normotermia. A normotermia perioperatória é importante para a segurança e satisfação do doente, bem como para resultados cirúrgicos positivos e, é caracterizada como a temperatura corporal central entre 36 e 38°C (Poveda, 2008).

A UCPA é a unidade que receciona as pessoas após o *términus* do ato cirúrgico com o objetivo de otimizar o período anestésico-cirúrgico pela observação, monitorização e tratamento nas primeiras 24 horas, sempre que a complexidade da cirurgia realizada ou os seus históricos de saúde o exijam. É ainda realizada a avaliação de estabilidade hemodinâmica e o restabelecimento da normotermia para que os doentes possam regressar ao internamento (Poveda, 2008).

Assim, as unidades de cuidados pós-anestésicos são consideradas espaços que asseguram cuidados e vigilância semelhantes a unidades de cuidados intensivos, pela vulnerabilidade da pessoa operada pois encontra-se em recuperação da sua autonomia fisiológica, consciência, integridade neurológica, homeostasia e normotermia (Caseiro, 2007 cit. Sousa, 2013). Esta ideia é reforçada pelos mesmos autores por considerarem que a monitorização não depende apenas de equipamentos sofisticados mas, essencialmente, de enfermeiros treinados e especializados pois só assim se pode atingir cuidados de excelência.

É com base nesta premissa que para a avaliação do conforto térmico com recurso a um instrumento, foram seguidas as recomendações da AORN (2007) que afirma que a temperatura central deve ser monitorizada em doentes anestesiados cujo procedimento cirúrgico seja superior a 30 minutos. É recomendado a avaliação da temperatura central timpânica (método não invasivo) à chegada da UCPA devendo esta ser monitorizada durante a estadia do doente, até ao conforto térmico. De salientar que estas unidades têm sistema de ar condicionado com temperatura e humidade ambiental controlados de acordo com critérios preconizados pela AESOP (2006), estes devem estar entre os 20°C e os 24°C e, os 50% a 60%, respetivamente.

Segundo Poveda e Galvão (2008) devem ser implementadas medidas preventivas como o uso de meios de aquecimento (lençol aquecido, cobertor, roupa) em doentes normotérmicos, bem como providenciar sistemas de aquecimento nos doentes hipotérmicos (sistema de ar forçado, manta térmica, infusão fluidos aquecidos). Por conseguinte, os ambientes tendencialmente frios são aqueles que os enfermeiros devem estar mais despidos na mensuração do conforto térmico, uma vez que prejudicam o conforto da pessoa devendo-se monitorizar a temperatura por forma a evitar-se a hipotermia.

Desde os primeiros escritos sobre a enfermagem moderna, que a manutenção da temperatura corporal no que concerne à normotermia e promoção do conforto constituem prioridades nos cuidados à pessoa doente/vulnerável. Com efeito, para Florence Nightingale “ (...) *conservar o ar que ele respira tão puro como o ar exterior, sem o deixar sentir frio (...)* ” constitui o primeiro princípio de toda a atenção dos enfermeiros mesmo em ambientes bem ventilados (Carvalho, 2014, p.2).

A mesma autora afirma que a prevenção da hipotermia determina o resultado terapêutico, por constituir condição vital da excelência dos cuidados, bem como, constitui o teatro de intervenções onde os enfermeiros são confrontados diariamente na tentativa de reunir esforços de preservar a temperatura corporal e o conforto (nomeadamente o conforto térmico) dos doentes com necessidades cirúrgicas.

Apesar de ser um acontecimento frequente no período perioperatório, a hipotermia é muitas vezes pouco perceptível pelo próprio doente e insuficientemente valorizada pelos profissionais, sendo indubitável a inclusão da monitorização da temperatura durante a experiência cirúrgica (Sessler, 2000 cit. Carvalho, 2014, p. 6).

Por forma a aprofundar a perceção do conforto térmico como vertente do conforto geral, é esperado que o enfermeiro de cuidados perioperatórios seja competente técnica e cientificamente, demonstre uma consciência crítica e reflexiva sobre as práticas de enfermagem, adquira habilidades para uma tomada de decisão fundamentada e, responda de forma antecipatória. Neste processo, a construção de um instrumento que permita ao doente quantificar com exatidão o seu conforto, ajudará o enfermeiro a avaliar a eficácia dos cuidados prestados.

1.1. Teoria de Médio Alcance de Kolcaba

A enfermagem é uma profissão de relação centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado. A singularidade, pessoalidade e a exigência da qualidade da relação interpessoal, torna cada momento específico, especializado e complexo (Serrano, 2008).

A literatura deixa transparecer que o conforto é analisado nas diversas teorias de enfermagem, no entanto todas são unânimes quanto à importância do mesmo como elemento essencial nos cuidados de enfermagem. Leininger e Watson consideram o conforto como um componente do “cuidar”, por sua vez, Morse considera o cuidar como o constructo do conforto, mas concorda com Kolcaba ao

referir que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que este é o resultado dessa intervenção. A diferença é que Kolcaba ao contrário de Morse considera que o processo de conforto só está completo com a avaliação dos resultados (Apóstolo, 2009).

Segundo o dicionário da língua portuguesa, o termo conforto advém do latino “confortare”, é classificado como o “ato ou efeito de confortar; estado de quem está confortado; bem-estar material ou moral (...)”. Atualmente está relacionado com o termo confortar que significa “dar conforto; auxílio, restituir as forças físicas, o vigor; tornar forte, fortalecer, revigorar”. Em contrapartida “desconforto” possui as seguintes características “falta de conforto; incómodo; desalento”. Segundo Apóstolo (2009) a prática de enfermagem está intimamente relacionada a este conceito, uma vez que, cabe ao enfermeiro promover o conforto da pessoa vulnerável que experiencia uma situação de desconforto (mencionado como não satisfação de uma necessidade, que quando satisfeita resulta na experiencia de conforto).

Na atualidade, o conceito de conforto é considerado um foco central e um imperativo no cuidar em Enfermagem, nomeadamente no que respeita ao cuidado à pessoa em situação pós-cirúrgica. O enfermeiro segundo Watson (2002) e Valadas (2005 cit. Sousa, 2013) deve observar a pessoa como um todo, promovendo um conjunto de atitudes terapêuticas, potencialmente promotoras do conforto. Esta intervenção holística é defendida por Katharine Kolcaba que se dedicou à sua contextualização e operacionalização por via de uma teoria de médio alcance – Teoria do Conforto (na década de 90 do século XX).

A autora apresenta uma definição de conforto que valoriza a natureza holística dos seres humanos, considerando que os indivíduos têm vida mental, espiritual e emocional, que está intimamente relacionada com a parte física do seu corpo (Kolcaba, 1994 cit Sousa, 2013). Desenvolveu um questionário sobre conforto geral com 48 itens e utiliza uma estrutura taxonómica (Figura 2) onde conceitua conforto como um estado onde estão satisfeitas as necessidades básicas relativas aos estados: alívio, tranquilidade e transcendência. Por sua vez estes três estados desenvolvem-se em quatro contextos: físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental (Kolcaba, 1991, 2003 cit. Apóstolo, 2009).

		Estados de Conforto		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contextos	Físico			
	Social			
	Psicoespiritual			
	Ambiental			

Figura 2 – Estrutura taxonómica do Conforto de Kolcaba

(Adaptado Kolcaba, 1991, 2003)

Ao combinar os contextos com os estados, forma-se uma estrutura de doze células (4x3), representada por um mapa que permite interpretar de forma clara as necessidades das pessoas. Nesta estrutura taxonómica, cada item do conforto é classificado como positivo ou negativo e é colocado na matriz correspondendo à combinação do estado com o contexto em que as necessidades de conforto são experienciadas pelo doente. Assim, a estrutura proporciona um método prático de identificar o conforto do doente em diferentes áreas de enfermagem pois orienta os cuidados para satisfazer as suas necessidades.

Por conseguinte, a autora considera o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem em que pode ser experimentado. O alívio é o estado da condição de uma pessoa que viu satisfeita uma determinada necessidade (um desconforto); a tranquilidade, refere-se a um estado de contentamento ou calma para um desempenho eficaz e a transcendência confere potencial e competência para a pessoa resolver o seu sofrimento ou problema. Estes estados como já foi mencionado anteriormente desenvolvem-se em quatro contextos nos quais a pessoa experiencia o conforto: o contexto físico, o psicoespiritual, ambiental e o contexto sociocultural.

O contexto físico envolve as sensações corporais e a homeostasia, o psicoespiritual confere bem-estar interno como: a auto estima, conceito de si, significado da vida e espiritualidade. O ambiental envolve as condições e influências externas como: temperatura, iluminação, ruído, cor, odor e, por exemplo, mobiliário. Por fim, o contexto sociocultural integra as relações interpessoais, sociais e familiares (Kolcaba, 1994; Apóstolo, 2009).

Wilson e Kolcaba (2004, p.168) fornecem uma visão geral da aplicação da teoria de conforto num contexto de perianestesia, onde identificam um conjunto de fatores (desconfortos) que podem influenciar o conforto da pessoa como resultado de cirurgia. Esses desconfortos são muitos e engloba, por exemplo, a dor e a náusea como componente física, o frio e ruído como contexto ambiental como se pode verificar na figura 3 e que traduz de forma prática a matriz mencionada anteriormente.

Estados de Conforto				
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contextos	Físico	Dor, Náusea	Cama Confortável	Pensamento: Será que vou tolerar a dor quando acordar?
	Social	Ausência Tradição	Ausência Familiar, Língua	Necessito de obter mais informações sobre cirurgia.
	Psicoespiritual	Ansiedade	Incerteza Prognóstica	Necessito de mais apoio espiritual.
	Ambiental	Ruido, luminosidade, Frio	Falta de Privacidade	Necessito de calma. Presença de familiares.

Figura 3 – Aplicação da estrutura taxonómica do Conforto

(Wilson e Kolcaba, 2004; p. 168)

Não obstante, o modelo de cuidados de conforto apresentado por esta teoria reforça a necessidade dos cuidados de enfermagem serem pró-ativos, dinâmicos, planeados e vivenciados pelas pessoas e famílias em todos os contextos (nomeadamente no perioperatório). Procura não só minimizar os aspetos negativos inerentes à cirurgia, como potenciar resultados positivos através da avaliação das necessidades de conforto, efetua o planeamento das intervenções que visem a satisfação do doente e, é manifestamente um indicador de qualidade dos cuidados perioperatórios.

1.2. Avaliação do Conforto Térmico

A complexidade do ato de cuidar é o resultado de um processo dinâmico em que a qualidade dos cuidados prestados depende essencialmente da relação terapêutica que se estabelece com a pessoa a vivenciar um processo de saúde/doença. Segundo Meleis e seus colaboradores (2000, p.13), os enfermeiros são quem preparam “ (...) os clientes para a vivência das transições e são quem

facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença”.

O enfermeiro deverá então, de acordo com Caseiro (2007) e Miguel (2002, cit. Sousa, 2013) providenciar um ambiente térmico neutro de modo a não prejudicar o conforto da pessoa e não promover alterações fisiológicas a fim de proporcionar um ambiente confortável. Para Watson (2002), cuidar é o reconhecimento do comportamento humano e das suas respostas aos problemas de saúde atuais ou potenciais, compreender as necessidades individuais (forças e limitações) e, compreender como confortar. Neste contexto específico o treino é de extrema importância para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Para Souza e colaboradores (2005, p. 267) *“Cuidar em enfermagem consiste em fazer esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando promover, proteger e preservar a humanidade (...) é ainda ajudar as pessoas auto conhecimento, controlo e conforto, independentemente das circunstâncias externas”.*

Aliada aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a satisfação dos clientes é uma componente fundamental a concretizar na prática profissional de qualidade. Assim, *“(...)os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (OE, 2001, p.10).

O desenvolvimento de competências é fundamental no exercício da profissão pois pressupõe a procura de habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, mas também deve ter a mesma preocupação para a aquisição de habilidades e comportamento ligados à emoção (escuta e meios de comunicação, toque, conforto). Sendo assim, o enfermeiro apresenta-se como ator fundamental nos cuidados perioperatórios (nomeadamente na UCPA), pois poderão ocorrer alterações significativas da temperatura corporal, tendo como consequência comum a hipotermia. Esta situação, ocorre por alterações do sistema termorregulador provocadas pelo uso de fármacos anestésicos e pelo ambiente térmico existente nestas unidades, que ainda que controladas, são tendencialmente frias o que potenciam o desconforto da pessoa (Carvalho e Bianchi, 2007, cit. Sousa, 2013).

Os mesmos autores, afirmam que os enfermeiros devem aquecer os doentes rececionados na UCPA por via de sistemas de aquecimento (passivos ou ativos) por forma a manter a temperatura central e, consequentemente o sistema termorregulador normal, pela monitorização da temperatura e, pela avaliação do conforto térmico.

Assim, segundo Wilson e Kolcaba (2004) a monitorização do conforto térmico como vertente do conforto geral, inseridas numa intervenção holística, são promotoras de bem-estar e conforto da pessoa que vivencia a experiência cirúrgica. O planeamento do processo de enfermagem poderá conduzir a que estas não relatem experiências potencialmente promotoras de desconforto, nem relembrem o ambiente da unidade de forma desagradável.

Por conseguinte, pela importância de promover um ambiente confortável, o enfermeiro deve adotar como parte integrante do cuidar a avaliação do conforto térmico por estar intimamente relacionado com a hipotermia, o que pode ser determinante para o aumento da perceção do desconforto. Sendo o ónus da prática de enfermagem a relação interpessoal, o enfermeiro, deve avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para o alívio do sofrimento das pessoas através de uma comunicação eficaz (Yüceer, 2011 cit. Sousa, 2013). Deve conhecer, utilizar e se necessário construir instrumentos para avaliar o conforto térmico, tenha a pessoa, ou não, capacidade cognitiva para definir a intensidade da mesma, bem como escolher as atitudes terapêuticas que se coadunam às necessidades individuais, fazendo uso combinado de intervenções disponíveis, implementando-as com a autonomia que caracteriza a profissão de enfermagem.

Em cuidados perioperatórios, os resultados terapêuticos devem basear-se no conforto e bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual e, a ação terapêutica deverá centrar-se nas necessidades individuais manifestadas pelo doente (Ribeiro, 2011).

Assim, o enfermeiro perioperatório tem um papel preponderante na prevenção e tratamento da hipotermia, sendo a implementação de intervenções eficazes um aspeto fundamental para tornar essa complicação um problema do passado. Para tal, a busca de conhecimento científico no que concerne à avaliação do conforto térmico seja crucial para a prática clínica no que respeita à melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória e, consequente procura da excelência dos cuidados.

2. CARACTERÍSTICAS MÉTRICAS DO INSTRUMENTO

A utilização de um instrumento de medida é um meio e não um fim em si mesmo, pois pretende-se determinar se o mesmo apresenta fidelidade e validade na medição para o qual foi concebido. Segundo Fortin (2009) e Silva (2012) a investigação quantitativa caracteriza-se por se expressar através de números em que a validade interna do estudo está intimamente relacionada com a produção desses números de forma objetiva e uniformizada (validade e fidelidade dos instrumentos de recolha de dados).

Para Fortin, Côté e Filion, (2009) importa verificar a validade e fidelidade de um instrumento de medida uma vez que são qualidades essenciais do mesmo. Pasquali (2007) refere que a medida psicométrica possui o pressuposto de validação para se tornar confiável. Assim, para se validar um instrumento é necessário estudar duas características métricas fundamentais: a fidelidade e a validade. Ribeiro (2010, p.92) recomenda que ao construir um instrumento é preponderante estudar as suas propriedades métricas, para tal, as medidas devem obedecer a princípios. Primeiro é “ essencial que qualquer medição seja precisa e, que meça o que se pretende medir e não outro aspeto diferente ou parecido (validade). Segundo, se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos participantes, o resultado deve ser idêntico (fidelidade) ” (Silva, 2012).

A fidelidade reporta-se à capacidade de um instrumento de medida fornecer resultados similares em situações comparáveis, ou seja, refere-se “à capacidade de medir de uma vez para a outra algo de forma constante. O resultado é fiel se dá resultados comparáveis em situações comparáveis” (Fortin, Côté e Filion, 2009, p.348). De forma sucinta, significa que quando se avaliam as mesmas pessoas com os mesmos instrumentos, estes representam resultados semelhantes em ambas as avaliações (Anastasi, 1990 cit. Ribeiro, 2010).

Distinguem-se essencialmente três tipos de fidelidade: a consistência interna (cujas formas de avaliação mais utilizadas são efetuadas através do cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach) que se baseia nas correlações possíveis entre dois conjuntos de itens num teste. Uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80 mas, são aceitáveis valores superiores a 0,60 principalmente quando a escala possui um número reduzido de itens (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010). A concordância dos avaliadores (garante a concordância dos resultados quando aplicado por avaliadores independentes); e a estabilidade ou reprodutibilidade (consiste no grau

de concordância entre as respostas obtidas em condições similares aquando avaliações em momentos diferentes) (Fortin, Côté e Fillion, 2009; Ribeiro, 2010). Estatisticamente, é obtida através da correlação de *Pearson* para variáveis contínuas e pela correlação de *Spearman* para variáveis nominais ou ordinais (cujos valores variam entre 0 e 1, sendo que quanto mais perto de 1 mais estável é o instrumento) (Silva, 2012).

A validade é definida por Fortin (2009) como a propriedade de medir aquilo que é suposto medir e, para Ribeiro (2010) é a garantia de que o teste mede o que se pretende que meça, ou seja, não é o teste que é válido mas sim as inferências e as conclusões a que se chegam. Para os mesmos autores um instrumento de medida só é válido se medir o que é suposto medir. Pode-se identificar três tipos de validade: a validade de conteúdo, a validade de constructo e a validade de critério.

A validade de conteúdo avalia se o instrumento é representativo do conceito a medir. Procura avaliar se os itens os componentes da escala incorporam todos os aspetos do atributo a medir (esta avaliação pode ser realizada por um grupo de peritos através de passos interrelacionados). É considerada uma validade de primeira linha por ser essencialmente um julgamento com teor mais teórico e não tanto um exercício de objetividade (Ribeiro, 2010; Pasquali, 2007).

A validade de constructo diz respeito à capacidade que o instrumento possui para medir o constructo definido na teoria, sendo considerada a medida de excelência na compreensão das características psicométricas. “Trata-se de verificar as relações teóricas e mais abstratas subjacentes ao constructo de um instrumento” (Fortin et al, 2009, p. 357). Este tipo de validade refere-se ao grau de correlação entre as observações e o paradigma teórico podendo ser abordado segundo Ribeiro (2010) por diferentes métodos de avaliação como, análise fatorial, consistência interna, correlações entre testes. Divide-se em dois tipos: a validade convergente (compara entre si dois ou mais instrumentos medindo o mesmo conceito) e, a validade divergente (compara os resultados obtidos por meio de dois ou mais instrumentos medindo conceitos diferentes) (Fortin, 2009).

A validade de critério indica a concordância entre uma medida e outra independente que serve de critério. “ O primeiro instrumento pode prever um resultado que produzirá um outro instrumento que mede o mesmo conceito no mesmo momento” (Fortin, 2009, p. 356). Indica a eficiência de um teste em prever o comportamento de uma pessoa num determinado momento (Anastasi, 1990, cit. Ribeiro, 2010).

A investigação científica tem como finalidade a produção de conhecimento a partir de um trabalho de carácter interpretativo, através de um conjunto de dados obtidos, isto é, fundamentando as decisões metodológicas mais significativas que

adotou (Polit, Beck e Hungler, 2004). Neste sentido, o estudo das características métricas são uma ferramenta fundamental no processo de validação e construção de um instrumento para que este seja confiável, pertinente e preciso.

3. MÉTODO

De acordo com Fortin et al (2009), a metodologia de investigação pressupõe um processo racional e um conjunto de diferentes meios e técnicas para a realização de investigação (Sampaio, 2012).

O presente estudo pretende contribuir para aumentar o conhecimento relativo à avaliação das necessidades básicas da pessoa, o conforto térmico. Este deverá constituir uma preocupação dos enfermeiros essencialmente nos cuidados perioperatórios, uma vez que é, primordial terem a percepção da sensação de bem-estar geral potenciadora da satisfação do doente. Assim, os benefícios das medidas de conforto térmico poderão fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados durante a experiência perioperatória.

A investigação seguiu um desenho metodológico, uma vez que o seu foco é o instrumento em si. Quanto ao seguimento temporal classifica-se de transversal. Os processos metodológicos utilizados, têm assim, em vista a possibilidade de dar resposta aos objetivos e à finalidade deste estudo, como tal, será realizada uma abordagem nos subcapítulos seguintes dos instrumentos utilizados que serviram de suporte para a concretização do propósito do mesmo. Das informações relativas ao estudo metodológico (participantes e tipo de amostragem do estudo, técnica de colheita de dados, análise e tratamento de dados) (Sampaio, 2012). E, dos procedimentos inerentes ao foco principal deste trabalho (construção e validação da escala visual do conforto térmico), bem como descrever sucintamente os aspetos éticos do presente trabalho.

3.1. Material

Fortin (2009) refere que o investigador ao delinear a sua estratégia de recolha de dados determina de certa forma o tipo de instrumento de medida que melhor se coaduna ao objetivo e finalidade do estudo. Segundo a mesma autora a opção do método de colheita de dados depende do tipo de investigação, das variáveis a medir e dos instrumentos disponíveis.

É natural que um investigador tenha de utilizar um instrumento para medir um conceito ou uma realidade, maioritariamente as medidas disponíveis encontram-se em línguas que não a portuguesa, sendo assim, necessário recorrer à sua

adaptação, já que a sua construção requer um enorme esforço sob todas as perspectivas (Fortin et al, 2009 cit. Sampaio, 2012).

Este subcapítulo servirá para explicar o processo de seleção dos instrumentos a que se recorreu para o presente estudo (a medida alvo do estudo, será descrita mais à frente). Com base na análise da literatura e tendo por marco teórico a teoria do conforto de Kolcaba selecionamos a Escala de Avaliação do Conforto Geral (ECG) e a Escala do Conforto Térmico (ECT). A Escala de Avaliação de Ansiedade Hospitalar (EA) e a Escala Visual Analógica da Ansiedade (EVA) foram escolhidas por haver referências expressas de robustez e aplicabilidade em estudos semelhantes (Wagner, Byrne e Kolcaba, 2006).

A ECG foi um instrumento alvo de um estudo paralelo e resultou de uma adaptação do Questionário do Conforto perioperatório de Kolcaba (2003, p. 215; p.225). Este processo contou com a colaboração de quatro investigadoras independentes (três ligadas à área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e pela orientadora do estudo ligada à Enfermagem Comunitária) que numa primeira fase realizaram um processo de tradução independente. Através da técnica de *thinking aloud* (Somerem, 1994), foi encontrada uma versão de consenso que segundo Ribeiro (2010) está relacionada a um processo mais teórico de julgamento e não tanto um processo metodológico de objetividade. A versão de consenso foi traduzida por um colaborador bilingue, sendo analisada e discutida novamente pelo grupo de peritos.

Neste processo foi auscultada a autora para esclarecimento do sentido semântico e lexical de algumas expressões. Esta, por sua vez remeteu o seu esclarecimento para o Professor João Apóstolo que foi dando contribuições sempre que solicitado. A versão experimental deste instrumento incluía 24 itens, avaliados através de uma medida do tipo likert (Anexo I).

Na construção da matriz deste instrumento e tendo sempre por referência a teoria do conforto, os itens foram distribuídos por três dimensões (alívio, tranquilidade e transcendência). Através da análise da consistência interna e pela análise fatorial exploratória foram eliminados 12 itens ficando a versão final reduzida a 12 itens, como demonstra a tabela 1. Os resultados deste processo não serão aqui apresentados em pormenor por se tratar de um trabalho colaborativo de um grupo de investigadores que trabalharam em estreita parceria.

Tabela 1: Escala do Conforto Geral

Itens	Dimensões		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
1. Sinto-me bem com a minha temperatura Corporal	X		
2. Sinto-me confiante		X	
3. Sinto-me ansioso		X	
4. Sinto-me fora de controlo	X		
5. Sinto o meu corpo relaxado		X	
6. Sinto que a minha vida vale a pena			X
7. Sinto-me calmo		X	
8. Esta equipa anima-me			X
9. Este ambiente parece-me seguro			X
10. Sinto paz de espírito			X
11. Sinto-me mal porque não estou vestido	X		
12. Este local cheira mal	X		

Utilizamos a ECT alvo de um estudo por parte de uma colega que colaborou no processo de validação da escala anteriormente descrita. Este, instrumento é constituído por 9 itens e operacionalizado em duas dimensões (a dimensão física e a dimensão emocional) como se verifica na tabela 2.

Tabela 2: Escala do Conforto Térmico

Itens	Dimensões	
	Física	Emocional
1. Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	X	
2. Sinto a cadeira/cama fria	X	
3. A temperatura ambiente está amena	X	
4. Sinto-me confiante		X
5. Sinto privacidade suficiente		X
6. Sinto tremores no corpo	X	
7. Sinto-me ansioso		X
8. Sinto frio	X	
9. Sinto-me fora de controlo	X	

A EA corresponde a uma das dimensões da escala de ansiedade e depressão hospitalar de Zigmond e Snaith (1983), cuja versão portuguesa foi validada por Ribeiro et al (2006). Esta escala é constituída por 7 itens avaliados através de uma escala de medida ordinal de frequência com quatro opções. A EVA é uma medida unidirecional composta por 10 pontos categorizados numa régua de 10 cm onde o participante classifica no momento o que considera ser o seu grau de ansiedade. O score 0 corresponde ao estado de “Nada ansioso” e o 10 ao estado de “Muito ansioso” sendo estes os extremos do instrumento (Anexo II).

Assim, foi fundamental para este trabalho a inclusão destes instrumentos que em muito contribuíram para fundamentar e ganhar consistência o *gold standart* do presente trabalho.

3.2. Participantes

Recorremos a três amostras não probabilística do tipo conveniência (o investigador seleciona a população de modo consciencioso de acordo com características mais convenientes) (Fortin, 2009). Esta é uma metodologia baseada nas causas objetivas dos fenómenos, na observação de fatos, através de um processo sistemático de recolha de dados observáveis e mensuráveis (Fortin, 2009 cit. Sousa, 2013). A *“objetividade, a predição, o controlo e a generalização são*

características distintivas da metodologia quantitativa” (Fortin, 2009 cit. Sousa, 2013, p. 20).

Uma população define-se por critérios de inclusão que correspondem às características específicas essenciais dos elementos da população. Para se obter uma amostra o mais homogênea possível, esta é determinada com a ajuda de critérios, ou seja, com as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra (Fortin, 2009 cit. Silva, 2012). Segundo, a mesma autora a população alvo caracteriza-se *“...como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. O que se visa obter, é que todos os elementos apresentem as mesmas características”* (Fortin, 2009, p. 311).

Assim, para compreender qual a melhor intervenção de enfermagem foram definidos critérios de seleção que garantem a qualidade interna do estudo, traduzidos na tabela 3.

Tabela 3 – Critérios de seleção das três amostras em estudo

Critérios de Inclusão	
Internamento (Amostra 1)	√ Doentes normotérmicos, sem tratamento antibacteriano ou patologia infecciosa;
Bloco Operatório (Amostra 2 e 3)	√ Doentes submetidos a intervenção cirúrgica sob anestesia geral;
	√ Doentes submetidos a intervenção cirúrgica sob anestesia loco regional;
Todas as amostras em estudo	√ Idade igual ou superior a 18 anos;
	√ Conscientes e orientados;
	√ Com capacidade de comunicar verbalmente;
	√ Aceitar participar no estudo.

Desenvolvemos um recrutamento dos participantes em três locais diferentes, dois de acesso a pessoas em contexto perioperatório e um terceiro local (serviço hospitalar) que funcionou como grupo de controlo dos dois anteriores. Tendo por referência as indicações descritas por Ribeiro (2010) citando Tinseley e Tinseley, em estudos do género é recomendado obter uma amostra suficientemente alargada para obter resultados satisfatórios, ou seja maior que 300 participantes, ou que respeite a indicação de 5 a 10 participante por cada item da escala a estudar.

Assim, a amostra foi constituída por pessoas submetidas a anestesia geral (101) no pós-operatório imediato, por pessoas submetidas a anestesia loco regional

(100) e pessoas internadas num serviço de medicina (100) como ilustra a tabela 4. O entrevistador 1 (grupo de controlo) recrutou os participantes num hospital público da zona de Braga e, os entrevistadores 2 e 3 de blocos operatórios da cidade do grande Porto. Os locais de recrutamento tiveram por base a acessibilidade dos entrevistadores às populações em estudo. De ressaltar que a colheita de dados foi realizada por todas as investigadoras e com os mesmos instrumentos no período compreendido de Abril a Setembro de 2014.

Tabela 4 – Contextos de avaliação do Conforto Térmico

Entrevistador	Serviço	Momento de Avaliação Conforto Térmico	Tipo Anestesia	N (%)
1	Medicina	Turnos M, T, N		100
2	Bloco Operatório	UCPA	Geral	101
3	Bloco Operatório	Sala Operatória	Loco Regional	100
Total				301 (100)

A tabela 5 mostra os dados sociodemográficos dos participantes estudados, nomeadamente: sexo, idade, índice de massa corporal (segundo critérios da Direção Geral de Saúde) e escolaridade.

Tabela 5 – Características sociodemográficas das três amostras em estudo (n=301)

	Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	p
Sexo				
	N (%)	N (%)	N (%)	0,0001
Masculino	55 (55,0)	63 (62,4)	23 (23,0)	
Feminino	45 (45,0)	38 (37,7)	77 (77,0)	
Idade (anos)				
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	0,0001
	68,5 (16,0)	46,9 (14,4)	53,6 (14,7)	
	Mediana	Mediana	Mediana	
	70,0	46,0	54,5	
	Mín. / Máx.	Mín. / Máx.	Mín. / Máx.	
	19,0 / 99,0	20,0 / 77,0	20,0 / 80,0	
	N (%)	N (%)	N (%)	
≤35	4 (4,0)	20 (20,0)	14 (14,0)	
36-49	6 (6,0)	37 (37,0)	23 (23,0)	
50-59	22 (22,0)	23 (23,0)	27 (27,0)	
60-69	12 (12,0)	14 (14,0)	20 (20,0)	
70-79	25 (25,0)	7 (7,0)	15 (15,0)	
≥80	31 (31,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	

IMC (kg/m ²)				
	Média (DP) 26,7 (4,7)	Média (DP) 26,5 (3,4)	Média (DP) 27,1 (4,8)	
	Mediana 25,4	Mediana 25,8	Mediana 26,6	
	Mín. / Máx. 13,1 / 41,9	Mín. / Máx. 19,3 / 37,6	Mín. / Máx. 17,5 / 39,5	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Magreza (<18.5)	3 (3,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	ns
Peso Normal (18.5 - 24.9)	42 (42,0)	39 (38,6)	35 (35,0)	
Pré Obesidade (25 - 29.9)	35 (35,0)	47 (46,5)	35 (35,0)	
Obesidade Grau I (30 - 34.9)	15 (15,0)	12 (11,9)	22 (22,0)	
Obesidade Grau II (35 - 39.9)	4 (4,0)	2 (2,0)	7 (7,0)	
Obesidade Grau III (>40)	1 (1,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	
Escolaridade (anos)				
	Média (DP) 6,2 (4,1)	Média (DP) 8,6 (4,3)	Média (DP) 8,6 (4,7)	
	Mediana 6,0	Mediana 9,0	Mediana 8,5	
	Mín. / Máx. 0,0 / 18,0	Mín. / Máx. 0,0 / 18,0	Mín. / Máx. 0,0 / 20,0	
	N (%)	N (%)	N (%)	0,0001
0	12 (12,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	
1 - 4	36 (36,0)	30 (29,7)	29 (29,0)	
5 - 9	29 (29,0)	29 (28,7)	35 (35,0)	
10 - 12	18 (18,0)	27 (26,7)	18 (18,0)	
>= 13	5 (5,0)	14 (13,9)	17 (17,0)	

Dos 301 participantes constatamos que em relação ao sexo, tanto no grupo de controlo (55,0%) como na amostra 2 (62,4%) há uma prevalência do sexo masculino. Enquanto na amostra 3 verificamos um predomínio do sexo feminino (77,0%). Esta distribuição é estatisticamente diferente nas 3 amostras.

No que respeita à média de idade dos participantes o grupo de controlo apresenta uma percentagem ligeiramente superior com 68,5 anos e desvio padrão de 16,0 anos, provavelmente por se tratar de um serviço de internamento medicina. Verifica-se que a faixa etária dos 80 anos é a mais representativa. Há um equilíbrio das amostras referentes aos doentes cirúrgicos com 46,9 (14,4) anos e 53,6 (14,7) anos respetivamente, sendo que na amostra 2 a faixa etária predominante é entre os 36 e os 49 anos, enquanto na amostra 3 situa-se entre os 50 e os 59 anos. De salientar que a idade mínima das 3 amostras é de 19 anos e a máxima de 99 anos.

Pela análise de variância verificamos que as médias de idades dos participantes são estatisticamente diferentes nas três amostras.

Quanto ao índice de massa corporal (IMC), verifica-se um equilíbrio das amostras situadas na pré-obesidade com médias e desvio padrão ($26,7\% \pm 4,7$ kg/m²; $26,5\% \pm 3,4$ kg/m² e $27,1\% \pm 4,8$ kg/m², respetivamente). Sendo que tanto no grupo de controlo (42 pessoas) como na amostra 3 (35 pessoas) verifica-se uma prevalência dos participantes com IMC normal. Ao contrário da amostra 2 onde se verifica um predomínio significativo (47 pessoas) que se encontra na pré-obesidade. Por conseguinte, verificamos em ambas as amostras existem participantes que apresentam obesidade de grau III (mórbida) na medida em que a máxima é de 41,9 kg/m², bem como, há pessoas classificadas com magreza por se verificar mínima de 13,1 kg/m².

Quanto à escolaridade, a média de anos de formação com sucesso académico das pessoas integrantes nas amostras encontram-se no grupo etário entre os 5 e os 9 anos. No entanto, existem pessoas com índice nulo de alfabetização (mínimo de zero anos) mas também pessoas com elevada instrução académica (máxima de 20 anos). Também aqui as 3 amostras apresentam diferenças estatísticas quanto à escolaridade.

3.3. Procedimento

A qualidade dos cuidados de saúde reflete-se na correta avaliação e registo de uma medida o que permite um trabalho multiprofissional coeso, na introdução de intervenções assertivas dotando o enfermeiro de autonomia na sua gestão terapêutica. Assim, o enfermeiro apresenta-se como o profissional com papel privilegiado para uma adequada gestão do conforto térmico, uma vez que é ele quem faz todo o acompanhamento do doente (perioperatório).

Dando seguimento ao objetivo do presente estudo foi definido um conjunto de requisitos para a construção do instrumento de avaliação do conforto térmico. Este deveria ser extremamente simples, eficaz, aplicável na grande maioria das situações e que pudesse servir de complemento à ECT já descrita. Assim, consideramos que uma escala do tipo visual obedecesse às características enunciadas. À semelhança do que acontece na avaliação da dor através da escala visual analógica da dor (Circular Normativa nº 09/DGCG, 2003) pensamos que uma estrutura semelhante seria útil e adaptada ao nosso propósito. Foi com base nesta e, da análise de que *“se um constructo existe ele existe nalguma quantidade, logo é mensurável”* (Ribeiro, 2010, p. 357) que se elaborou o instrumento de mensuração

denominado por **Escala Visual do Conforto Térmico**, cuja versão final consta na figura 4.

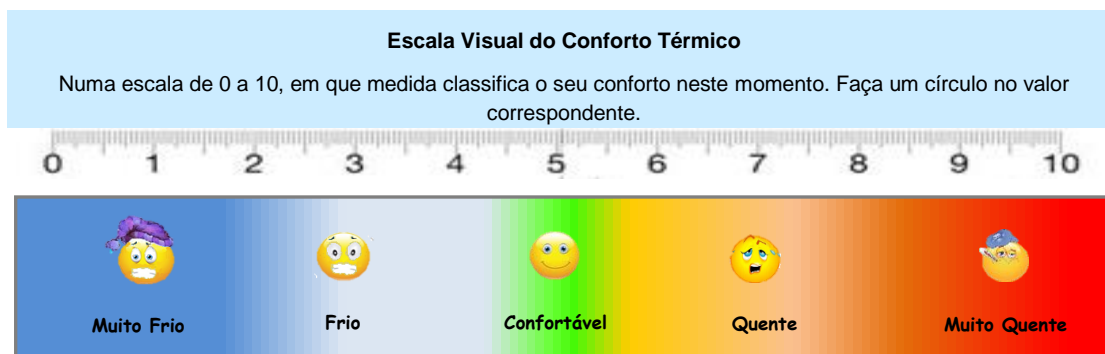


Figura 4 – Escala Visual do Conforto Térmico

Segundo Streiner e Norman (2008) uma medida de avaliação atinge uma maior sensibilidade quanto maior o seu poder de discriminação, contudo os autores referem que para além de sete pontos torna-se difícil à maioria das pessoas discriminar um conceito. Tendo em conta que pretendíamos avaliar os dois eixos que provocam desconforto térmico (frio e calor) a medida tornava-se bidirecional. Assim, optamos por cinco pontos de discriminação para cada eixo.

Segundo Streiner e Norman (2008) uma escala analógica é unidirecional, pelo que a medida proposta não poderá ter esta designação pois passa a avaliar o desconforto por frio e o desconforto por calor. Consideramos que a medida de avaliação mais adequada seria através de uma escala tipo likert em que é pedido ao participante que assinale o grau de intensidade do seu conforto/desconforto. Esta escala é traduzida por uma escala qualitativa cujo conforto é classificado segundo os adjetivos "muito frio", "frio", "confortável", "quente" e "muito quente".

Apresenta-se na horizontal através de uma linha (régua) de 10 cm em que um dos extremos refere-se ao "muito frio" e no outro extremo refere-se ao "muito quente". É solicitado ao participante que classifique nesse contínuo o conforto/desconforto que sente, o resultado consiste na medição em centímetros do ponto assinalado pelo participante. Por sua vez, a escala numérica muito similar à anterior faz corresponder o valor "0" o score mais baixo e mais alto ao score "10" (todos os valores de 0 a 10 estão indicados e o participante deve fazer corresponder um desses valores para indicar o conforto/desconforto naquele momento) (Knape, 1994 cit. Ribeiro, 2010).

Optamos ainda pelo conceito de integrar uma série de faces, aqui apresentadas tendo num extremo uma face com muito frio em que o chapéu colocado no smile enfatiza a ideia de gélido. No oposto uma face com muito calor em que se colocou um termómetro e um saco de gelo para enfatizar a condição

febril. As posições intermédias foram preenchidas com outras faces que indicam a bidericionalidade do instrumento através de um contínuo de expressões capazes de traduzir sensação de frio, quente e confortável.

O smile representado com face de frio aparece com dentes serrados, olhos abertos e sobrancelhas franzidas que transmite ideia de que está com tremores. O smile que integra uma face de quente apresenta-se com gotículas a escorrerem pela face, boca aberta e sobrancelhas franzidas que nos remete para a sensação de que está a transpirar. Por sua vez, a face que evidencia ser o único ponto de conforto no instrumento em que o smile apresenta um sorriso rasgado transmitindo uma expressão de bem-estar enfatiza a condição confortável. Esta face, divide a escala (bidirecional) em faces com expressões que traduzem o desconforto quer seja por frio quer seja por calor.

De ressaltar que o grafismo das cinco faces foi desenhado pela investigadora tendo em conta três aspetos fundamentais: distribuir uniformemente as faces pelos 10cm da régua; avaliar a sua bidericionalidade, ou seja, o conforto e o desconforto (frio e quente) e representar um espetro de cores que traduza um gradiente de temperatura capaz de incrementar o significado do conforto térmico. Neste sentido, optou-se por utilizar as cores primárias como o azul e o vermelho para os extremos da régua por serem também associadas a cores frias e quentes. O azul é uma cor facilmente associada ao frio, simboliza a água e o gelo. Pareceu-nos ser a cor mais associada à sensação de desconforto por frio. A expressão de gélido (cor azul escuro) corresponde à classificação "muito frio" com score de 0 a 2; a expressão de tremor (azul claro) ao "frio" com score 2 a 4.

Por sua vez, a cor vermelha está associada ao sol, ao verão e por conseguinte ao calor, pelo que se optou por associar esta cor ao desconforto por calor traduzida na escala pela expressão transpirar "quente" (cor laranja) um score de 6 a 8 e, à expressão febril "muito quente" (cor vermelha) corresponde ao intervalo de 8 a 10 pontos.

A partir da conjugação e da adição das cores primárias formam-se cores designadas, secundárias ou híbridas, como é o exemplo da cor verde. O verde no instrumento sugere um equilíbrio das cores primárias o que confere sensação de conforto, tranquilidade e calma, daí a importância da expressão sorridente estar associada ao adjetivo "confortável" com score 5.

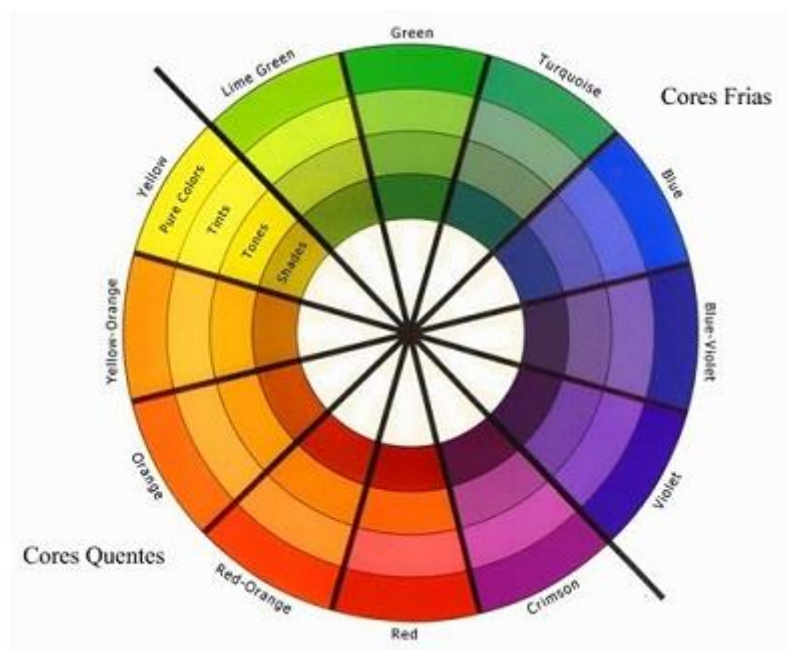


Figura 5 – Espectro de cores frias e quentes

(Adaptado Cristina Sales, 2013)

A opção de incluir um espectro de cores na escala como demonstra a figura 5, foi um complemento pelo impacto visual que as cores possuem nas emoções. Contudo, a cromoterapia não é muito usual bem como não reúne consenso entre a comunidade científica. Daí a necessidade de recorrer ao grafismo e à escala numérica.

Polit e Beck (2011) ressaltam que os fenómenos pelos quais os investigadores se interessam devem ser sujeitos a análise. Tendo em consideração a natureza do presente estudo, o preenchimento do material selecionado foi efetuado por um investigador através de uma entrevista face a face. Esta teve uma duração média de 10 minutos. Esta entrevista semidirigida (mais comumente utilizada) é a que mais se adapta ao presente estudo pelas funções que possui: examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes; servir como instrumento de medida e como complemento a outros métodos de colheita de dados (Fortin, 2009).

Os participantes responderam aos questionários pela seguinte ordem de aplicação: avaliação da EA com atribuição de um score através da EVA; avaliação da ECG e à classificação do conforto térmico por meio da EVCT, seguido do questionário sociodemográfico e clínico (cirurgia, tipo de anestesia, variáveis individuais e externas) (Anexo III).

No processo de recolha de dados os entrevistadores tiveram em atenção o estado da pessoa e a sua condição de saúde, respeitando indicadores de comunicação não-verbal como agitação, imobilização, tremores, expressões faciais,

vocalizações (gemidos) como sinais não adequados de entrevistar a pessoa no momento.

3.4. Considerações Éticas

Num processo de investigação independentemente dos aspetos a estudar, este deve ser orientado no respeito pelos direitos humanos, uma vez que os investigadores ainda que de forma inconsciente podem causar prejuízo às pessoas intervenientes no estudo. *“Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”* (Fortin, 2003, p. 180).

É neste sentido que foram criadas as comissões de ética constituídas por equipas multidisciplinares a quem é reconhecida competência para avaliar se um estudo de investigação protege os direitos e liberdade das pessoas que participam nos mesmos (Fortin et al, 2009 cit. Veloso, 2013).

Ainda antes do processo de construção do instrumento e o estudo das suas propriedades métricas, foi requerida autorização por parte da autora da escala original. Neste sentido, foi enviado por correio eletrónico um pedido à Katharine Kolcaba, bem como ao seu colaborador em Portugal (João Apóstolo) por parte de uma das investigadoras do estudo a realizar tese de doutoramento na temática em estudo (Anexo IV).

Assim, por forma a cumprir os requisitos foi solicitado aos conselhos de administração das três instituições de saúde autorização para a realização do estudo (Anexo V). O estudo foi ainda aprovado pelas Comissão de Ética (Anexo VI), tendo sido acompanhado por um consentimento informado (Anexo VII) com um resumo explicativo do trabalho, obtendo desta forma parecer favorável.

Após parecer favorável da Comissão de Ética das três instituições (Anexo VIII) atendendo às normas éticas inerentes ao protocolo de Helsínquia, os participantes tiveram conhecimento dos instrumentos aplicados após assinatura do consentimento informado tendo em conta os critérios de inclusão através de entrevista. Todos os dados utilizados foram codificados de modo a serem acedidos apenas pela investigadora principal, garantindo a sua confidencialidade e o dever de sigilo.

Consideramos, assim ter cumprido os pressupostos éticos do presente estudo e ter prestado todos os esclarecimentos aos participantes para que pudessem tomar uma decisão livre e informada, bem como respeitar qualquer mudança de decisão durante o mesmo.

3.5. Análise de Dados e da Informação

Segundo Polit et al (2004) após conclusão da recolha de dados recorreu-se ao tratamento estatístico dos mesmos, por forma a resumir e sintetizar os dados quantitativos (Sampaio, 2012). A escolha de estatística a utilizar depende da natureza da distribuição dos dados, os mesmos foram posteriormente processados informaticamente com recurso ao programa IBM SPSS Statistics versão 21.0. É importante definir quais as opções estatísticas pelos quais os dados são trabalhados. Optamos inicialmente por uma análise exploratória dos dados com recurso à descrição univariada das variáveis.

Assim, na caracterização da amostra recorrendo a medidas de tendência central. A média corresponde à soma de um conjunto de valores dividida pelo número total de valores, a mediana é o valor que divide em duas a distribuição de uma variável (valor sobre o qual se situam 50% dos casos) e, a moda é o valor que surge mais vezes numa distribuição de frequências.

As medidas de partição e dispersão permitem verificar as diferenças entre os membros de uma amostra (fornecem informações sobre a forma de como os scores se distribuem em torno da média). Segundo Fortin (2009), estas medidas são procedimentos estatísticos que descrevem a modalidade ou valor mais frequente numa dada série, cuja característica é situar-se ao centro de uma distribuição. Recorremos ao desvio padrão (raiz quadrada da variância e tem em conta a distância de cada um dos scores numa distribuição em relação à média da amostra) como medida de dispersão. A variância refere-se à extensão e dispersão dos scores de uma distribuição relativa à média. A par destas medidas é importante obter informações sobre a variabilidade, para tal, importa analisar os valores mínimos e máximos.

Sempre que os pressupostos para utilização dos testes paramétricos estavam garantidos recorremos a estatística paramétrica. Na análise de medidas ordinais recorremos a estatística não paramétrica (Ribeiro, 2010).

Para avaliar a força de associação entre as variáveis independentes, ordinais, recorremos ao coeficiente de correlação de Spearman (os resultados são lidos para valores de r_s entre -1 e 1). O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas de outra variável (quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis). Na apresentação dos resultados relativos aos valores da correlação, estes são seguidos do valor de N (n.º de observações sobre as quais o valor da correlação foi calculado), e do valor de p , que representa o valor da probabilidade associada.

Seguimos a leitura dos valores da correlação segundo Green *et al.* (1997) e de Pallant (2001) (Cit. por Martins, 2006), quando $r \leq 0,2$ considerarmos a existência de correlações fracas, quando $0,2 < r \leq 0,4$ correlações moderadas e quando $0,4 < r \leq 0,6$ correlações fortes. Segundo os mesmos autores, em ciências sociais e do comportamento, as relações entre variáveis tendem a ter pouca expressividade, sendo admissível estipular valores mais baixos do que os sugeridos por Pestana e Gageiro (2005).

Na análise de associação entre duas ou mais variáveis nominais, recorreremos à utilização do teste não-paramétrico de qui-quadrado. Para analisar as diferenças de médias entre duas variáveis contínuas independentes recorreremos ao teste t de Student. Os dados do teste t são apresentados precedidos dos graus de liberdade e acompanhados do valor de prova (valor de p). Recorreremos à ANOVA para estudar diferenças de médias entre três ou mais grupos independentes.

O teste de Mann-Whitney foi usado como alternativa ao teste t Student para comparar médias em grupos independentes. Recorreremos à análise dos componentes principais para agrupar os itens num conjunto homogêneo e, assim, identificar a relação de um grupo de itens com diferentes dimensões, que se exprimam pelos valores de relação estatística mais elevados (Ribeiro, 2010).

O recurso à análise dos componentes principais permite agrupar os itens num conjunto homogêneo e, assim, identificar a relação de um grupo de itens com as diferentes dimensões, que se exprimam pelos valores de relação estatística.

Recorreu-se à rotação ortogonal segundo o método Varimax. Na confirmação do número de fatores foram seguidos os seguintes critérios: (1) *eigenvalues* > 1 ; (2) exclusão das cargas fatoriais $< 0,40$; (3) cada fator deve explicar no mínimo 5% da variância; (4) aplicação dos princípios de descontinuidade (Almeida & Freire, 2008; Polit & Hungler, 1997).

4. RESULTADOS

Participaram no estudo 301 doentes dos quais 201 são do foro cirúrgico. De ressaltar que os participantes do grupo de controlo não foram incluídos na análise das características clínicas por estes não apresentarem as especificidades dos doentes cirúrgicos no que respeita às variáveis: especialidade cirúrgica, tempo de jejum e cirúrgico.

No que concerne às características clínicas dos participantes em contexto perioperatório (amostra 2 e 3) conforme demonstra a tabela 6 constatamos, que há um equilíbrio das amostras relativamente à especialidade cirúrgica com 125 participantes (62,2%) submetidos a cirurgias de ortotraumatologia, seguida da cirurgia geral com 40 doentes (20,0%), cirurgia plástica com 20 doentes (10,0%) e urologia com 12 (6,0%). Quanto às restantes especialidades apresentam um número residual de participantes totalizando 4 doentes (2,0%) da amostra.

Analisando as patologias associadas, é possível perceber que a grande maioria 137 (68,2%) não apresenta qualquer tipo de patologia associada ao seu estado de saúde. Dos que apresentam patologias associadas, na amostra 2 destacam-se as doenças do sistema circulatório (17,8%), seguidas do sistema endócrino (7,9%), respiratório (5,9%) e neurológico (5,0%). No que respeita à amostra 3 há um predomínio significativo das doenças do sistema endócrino (15%), sendo aproximada a percentagem de participantes relativas às patologias do sistema circulatório e respiratório (4% e 3%). No entanto, no que respeita a esta variável os estudos revelam que as causas major de internamento correspondem a doenças como: bronquite, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva e, principalmente, diabetes mellitus tipo II.

A maioria dos participantes na amostra 2 possui um tempo de jejum médio de 9,9 horas com desvio padrão de 4,0 horas, mínima de 5 e máxima de 18 horas. O intervalo mais representativo é entre as 6 e as 10 horas (49,5%) sendo que o intervalo das 11 às 15 horas é também significativo (24,8%). Em contrapartida, na amostra 3 verificamos que a média e o desvio padrão é relativamente superior ($14,6 \pm 2,7$) horas, sendo o intervalo mais representativo das 11 às 15 horas, seguido de um jejum superior a 16 horas. Estes resultados estão de acordo com o tipo de intervenção cirúrgica mais frequentes em cada uma das instituições hospitalares.

Verifica-se mais uma vez o equilíbrio das amostras no que respeita ao intervalo de tempo das intervenções cirúrgicas, sendo que há um ligeiro predomínio do intervalo entre os 61 e os 120 minutos com 74 pessoas (36,8%) a serem

intervencionadas. No entanto, visualiza-se que no intervalo compreendido entre os 30 e os 60 minutos é representativo com 72 pessoas (35,8%). O tempo mínimo de cirurgia foi de 10,0 minutos e o máximo de 240,0 minutos.

No que respeita à temperatura corporal dos participantes, verifica-se que a maioria chega à UCPA normotérmicos (90,1%), ou seja, com temperatura corporal média e mediana de 36,4°C, com mínima de 35,1°C, máxima de 37,5°C e desvio padrão de 0,4°C. Por sua vez, no intraoperatório os participantes apresentam-se hipotérmicos com temperatura média e desvio padrão de 35,5 (0,8) °C (hipotermia ligeira). Os participantes da amostra 3 revelam temperaturas ligeiramente inferiores comparativamente à amostra 2 (o que se coaduna com o que a literatura menciona, de acordo com o contexto de avaliação da temperatura).

Em relação à utilização de proteção térmica na amostra 2 o seu uso representa 44,6%, sendo bem menor na amostra 3 (10%). O que sugere que a ação do enfermeiro é imprescindível na aplicação de instrumentos, na medida em que é ele quem faz o acompanhamento efetivo dos doentes.

Tabela 6 – Características clínicas da amostra dos doentes cirúrgicos (n=201)

	Amostra 2	Amostra 3
Especialidades Cirúrgicas		
	N (%)	N (%)
Cirurgia Geral	17 (16,8)	23 (23,0)
Cirurgia Plástica	12 (11,9)	8 (8,0)
Cirurgia Vascular	0 (0,0)	2 (2,0)
Ginecologia	1 (1,0)	0 (0,0)
Ortopedia / Traumatologia	60 (59,4)	65 (65,0)
Otorrinolaringologia	1 (1,0)	0 (0,0)
Urologia	10 (9,9)	2 (2,0)
Patologias Associadas		
	N (%)	N (%)
Sistema Neurológico	5 (5,0)	0 (0,0)
Sistema Circulatório	18 (17,8)	4 (4,0)
Sistema Respiratório	6 (5,9)	3 (3,0)
Sistema Digestivo	0 (0,0)	2 (2,0)
Sistema Osteoarticular	0 (0,0)	2 (2,0)
Neoplasia	0 (0,0)	1 (1,0)
Sistema Endócrino	8 (7,9)	15 (15,0)
Sem Patologia	64 (63,4)	73 (73,0)
Tempo de Jejum (h)		
	Média (DP)	Média (DP)
	9,9 (4,0)	14,6 (2,7)
	Mediana	Mediana
	8,0	15,0
	Mín. / Máx.	Mín. / Máx.
	5,0 / 18,0	8,0 / 21,0
	N (%)	N (%)
<6	12 (11,9)	0 (0,0)
6 a 10	50 (49,5)	7 (7,0)
11 a 15	25 (24,8)	56 (56,0)
≥16	14 (13,9)	37 (37,0)

Tempo Cirúrgico (min.)		
	Média (DP) 83,2 (46,3)	Média (DP) 51,3 (31,7)
	Mediana 70,0	Mediana 45
	Mín. / Máx. 20,0 / 240,0	Mín. / Máx. 10,0 / 181,0
	N (%)	N (%)
<30	3 (3,0)	25 (25,0)
30 a 60	44 (43,6)	28 (28,0)
61 a 120	40 (39,6)	34 (34,0)
121 a 180	10 (9,9)	2 (2,0)
≥ 180	4 (4,0)	1 (1,0)
Temperatura Corporal (°C)		
	Média (DP) 36,4 (0,4)	Média (DP) 35,5 (0,8)
	Mediana 36,4	Mediana 35,7
	Mín. / Máx. 35,1 / 37,5	Mín. / Máx. 33,9 / 36,8
	N (%)	N (%)
Hipotermia ≤36	10 (9,9)	73 (73,0)
Normotermia ≥36 <38	91 (90,1)	27 (27,0)
Hipertermia ≥38	0 (0,0)	0 (0,0)
Proteção Térmica		
	N (%)	N (%)
Sim	45 (44,6)	10 (10,0)
Não	56 (55,4)	90 (90,0)

Na tabela 7, são apresentados os dados sobre a temperatura e a humidade da amostra referente aos doentes cirúrgicos no período perioperatório. No geral, a temperatura e a humidade independentemente do local (sala operações ou recobro) são congruentes com as recomendações da AORN (2007) e AESOP (2006) apresentando valores médios de temperatura de 23,1°C / 24,0°C e, de humidade de 49,3% / 51,1% respetivamente.

Tabela 7 – Características ambientais da amostra dos doentes cirúrgicos (n=201)

		N (%)	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Intra Operatório	Temperatura	100	23,1	24,0	23,4	20,5	25,4	1,1
	Humidade	(100)	49,3	50,7	50,7	23,0	70	6,7
UCPA	Temperatura	101	24,0	24,0	24,0	22,4	25,4	0,4
	Humidade	(100)	51,1	50,7	50,8	45,0	55,3	1,6

No que concerne à EVCT (tabela 8), os resultados são apresentados com recurso à estatística descritiva, permitindo visualizar seus resultados de forma simples.

Tabela 8 – Escala Visual do Conforto Térmico: estatística descritiva

	N	Média	Moda	Mediana	Mín	Máx	DP	Assimetria	Erro assimetria	Curtose	Erro Curtose	Percentis		
												25	50	75
Amostra 1	100	5,0	5,0	5,0	2,0	8,0	1,0	-0,3	0,3	1,2	0,5	5	5	6
Amostra 2	101	5,1	5,0	5,0	3,0	7,0	0,7	0,2	0,2	1,1	0,5	5	5	6
Amostra 3	100	4,9	5,0	5,0	1,0	7,0	0,5	-0,3	0,2	29,0	0,5	5	5	5

Os resultados revelam que nas três amostras do estudo a maior parte dos participantes coloca-se na posição 5 (valor mais apontado), indicativo de uma percepção de conforto. Dos itens do instrumento o mínimo valor dos itens da escala que as pessoas registam é 1 (sentem muito frio, ou seja, apresentam desconforto por frio). O máximo é 8 (sentem muito calor, revelam desconforto por calor). Verifica-se uma consonância na resposta dos participantes quanto à percepção de conforto, uma vez que, apresentam média e desvio padrão similares ($5,0 \pm 1,0$; $5,1 \pm 0,7$; $4,9 \pm 0,5$).

Nesta análise, torna-se ainda relevante verificar que no que respeita aos percentis (25 e 50), estes estão concentrados no valor 5 em todas as amostras. No entanto, no percentil 75 verificamos que na amostra do grupo de controlo e na amostra 2 há um consenso no valor 6 o que difere da amostra 3 que concentra a sua resposta no valor 5.

Apesar dos participantes que foram submetidos a anestesia loco regional manifestaram uma menor média de conforto através da EVCT ($M=4,9$; $DP=0,5$), estas diferenças não são significativas, quando comparamos as médias nas 3 amostras.

Analisando a distribuição das respostas dos participantes à EVCT, como se pode observar na tabela 9, verificámos que na amostra 1 (52%) dos participantes consideraram que a sua temperatura corporal era indicativa de conforto. Na amostra 2 esta percentagem foi mais elevada (63,4%) e ainda maior na amostra 3 (90%).

Analisando as pequenas variações percebemos que na amostra 1 há uma pequena percentagem de participantes que referem desconforto por frio e por calor. Na amostra 2 há essencialmente um pequeno grupo de participantes que expressaram calor e na amostra 3 é pouco expressivo os que manifestaram

desconforto. No global a maior parte dos participantes 206 (68,4%) referem sentirem-se confortáveis quando avaliados pela EVCT.

Quando comparamos as médias da EVCT entre os doentes cirúrgicos e os não cirúrgicos (com recurso ao teste de Mann-Whitney) os valores expressos relativamente ao conforto térmico não mostram diferenças significativas entre estes dois grupos.

Tabela 9 – Itens da Escala Visual do Conforto Térmico: estatística descritiva

Tens	0 N (%)	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	4 N (%)	5 N (%)	6 N (%)	7 N (%)	8 N (%)	9 N (%)	10 N (%)	Total N (%)
Amostra 1	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	7 (7,0)	14 (14,0)	52 (52,0)	22 (22,0)	3 (3,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	100 (100)
Amostra 2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	11 (10,9)	64 (63,4)	22 (21,8)	3 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	101 (100)
Amostra 3	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (4,0)	90 (90,0)	3 (3,0)	2 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	100 (100)

De realçar que valores entre 0 a 4,5 estamos perante desconforto por frio, entre 5,5 a 10 estamos perante desconforto por calor. Ao associarmos os participantes com valores extremos na EVCT podemos criar uma nova variável conforto/desconforto térmico (a que designamos EVCT dicotómica). Ao analisar esta nova variável em função do local de recrutamento da amostra verificamos haver diferenças estatísticas ($\chi^2=35,2$; gl=2; $p=0,0001$), sendo estas diferenças localizadas quando comparamos a amostra 1 com a 3 e a amostra 2 com a 3.

Também a maioria dos casos de participantes com avaliação da temperatura corporal com valores inferiores a 35°C estão alocados à amostra 3, sendo as diferenças da temperatura corporal em função do local de recrutamento dos participantes estatisticamente diferentes ($F(2,3)=73,5$; $p=0,0001$). Também verificamos que a temperatura corporal é estatisticamente diferente em função da classificação dos participantes em “desconforto pelo frio”, “desconforto pelo calor” e “conforto”, ou seja pela EVCT operacionalizada em 3 categorias ($F(2,3)=6,3$; $p=0,002$).

Procuramos perceber se homens e mulheres apresentavam perceções diferentes quanto ao conforto térmico. Ao analisar a EVCT agrupada em 3 categorias (frio, conforto, calor) não se registam diferenças entre os sexos. Porém quando procedemos à análise da EVCT agrupada em 2 categorias (conforto/desconforto) percebemos que há diferenças estatísticas significativas

($X^2=4,5$; $gl=1$; $p=0,023$), havendo uma maior proporção de mulheres a atribuírem o *status* de conforto (73,8%) que homens (62,4%).

Ao procedermos à análise do conforto térmico avaliado pela EVCT em função da idade, verificamos que quando procedemos à análise da escala com o seu score não se regista correlação estatística. O mesmo resultado foi encontrado na análise da escala em 3 categorias. Porém quando comparamos as médias de idade dos participantes classificados em conforto/desconforto (EVCT classificada em 2 categorias) vemos que os que manifestam sentir desconforto térmico são significativamente mais velhos ($t(299)=2,8$; $p=0,006$), com uma média de idades de 60,4(DP=16,8) enquanto que os que foram classificados na categoria conforto apresentavam uma média de idades de 54,4(DP=17,5).

Não se encontrou associação estatística entre o conforto térmico avaliado pela EVCT (escala contínua, escala operacionalizada em 3 categorias ou em 2 categorias) com a escolaridade.

A percepção de conforto térmico mostrou estar relacionado com o uso de manta de aquecimento durante o procedimento cirúrgico ($X^2=7,7$; $gl=1$; $p=0,005$).

Pretendemos também analisar as correlações entre a EVCT e as outras medidas de conforto térmico estudadas através do teste não paramétrico de Spearman (tabela 10). Verificamos que a EVCT (expressa em 3 categorias) apresenta uma correlação fraca mas significativa com a ECT ($r_s=0,124$; $p<0,01$), correlação esta que é conseguida sobretudo pela dimensão emocional da escala. Quando procedemos à análise da EVCT categorizada em 2 categorias (desconforto versus conforto), vemos que a medida bipolarizada é mais sensível que a medida tripartida. A EVCT dicotómica mostra inclusive uma associação com a dimensão física da ECT ($r_s=0,438$; $p<0,01$).

Tabela 10 – Valores de correlação de Spearman entre ECT e EVCT na sua versão em 2 e 3 categorias (n= 301)

	ECT Dimensão Física	ECT Dimensão Emocional	Escala Conforto Térmico	EVCT com 3 Categorias	EVCT Dicotômica
ECT Dimensão Física	----	----	----	----	----
ECT Dimensão Emocional	0,490**	----	----	----	----
Escala Conforto Térmico	0,924**	0,771**	----	----	----
EVCT Com 3 Categorias	0,100	0,147*	0,124*	----	----
EVCT Dicotômica	0,438**	0,195**	0,391**	-0,176**	----

** Correlation is significant at the 0.01

* Correlation is significant at the 0.05

Legenda: ECT(escala do conforto térmico); EVCT(escala visual do conforto térmico)

No sentido de analisar a associação da ansiedade ao conforto/desconforto térmico procedemos a uma comparação de médias da ECT, da EA e da ECG entre os participantes que manifestam desconforto e os que expressam conforto por meio da EVCT (expressa em 2 categorias), como consta na tabela 11. Os resultados mostram que a grande maioria se sente confortável quanto à percepção de calor/frio corporal. Verifica-se que há diferenças significativas (valores de $p \leq 0,01$) entre todas as escalas analisadas. De uma forma global as pessoas que referiram desconforto na EVCT demonstram mais ansiedade, menor conforto térmico e conforto geral.

Relativamente ao conforto geral constatamos que as diferenças entre os participantes que sentam conforto versus desconforto (avaliados pela EVCT) mostram diferenças nas 3 dimensões do conforto (alívio, tranquilidade e transcendência).

Tabela 11 – Médias, desvio padrão e valores do teste de Mann-Whitney entre os participantes que manifestaram conforto versus desconforto na EVCT, ECT, EA e ECG (n=301)

	EVCT Dicotómica	N	M (DP)	Min / Máx	Mann-Whitney U	P
ECT Dim. Física	Conforto	206	4,5 (0,5)	3,0 / 5,0	4520,0	0,0001
	Desconforto	95	3,9 (0,8)	1,8 / 5,0		
ECT Dim. Emocional	Conforto	206	4,1 (0,6)	2,3 / 5,0	7448,0	0,001
	Desconforto	95	3,8 (0,7)	2,0 / 5,0		
ECT (escala global)	Conforto	206	4,4 (0,5)	3,1 / 5,0	5041,5	0,0001
	Desconforto	95	3,8 (0,7)	2,0 / 5,0		
Escala Ansiedade	Conforto	206	14,1 (4,3)	7,0 / 46,0	7785,0	0,004
	Desconforto	95	15,5 (4,1)	7,0 / 26,0		
EVA Ansiedade	Conforto	206	4,8 (2,1)	0,0 / 10,0	6313,5	0,0001
	Desconforto	95	6,0 (1,8)	2,0 / 10,0		
ECG Tranquilidade	Conforto	206	15,7 (3,0)	5,0 / 20,0	6837,5	0,0001
	Desconforto	95	13,9 (3,4)	6,0 / 20,0		
ECG Alívio	Conforto	206	17,7 (2,3)	10,0 / 20,0	5315,5	0,0001
	Desconforto	95	15,4 (3,0)	6,0 / 20,0		
ECG Transcendências	Conforto	206	17,4 (2,0)	7,0 / 20,0	7229,5	0,0001
	Desconforto	95	16,7 (1,5)	11,0 / 20,0		
ECG (escala global)	Conforto	206	50,8 (5,3)	37,0 / 60,0	5620,5	0,0001
	Desconforto	95	46,0 (6,2)	31,0 / 57,0		

Legenda: ECT(escala do conforto térmico); EVCT(escala visual do conforto térmico); EVA(escala visual analógica da ansiedade); ECG(escala conforto geral)

No presente estudo as mulheres mostraram menor conforto térmico, avaliado pela ECT que os homens ($U=8819,5$; $p=0,0001$). Mostraram também níveis maiores de ansiedade que os homens ($U=7348,0$; $p=0,0001$), sendo esta medida avaliada pela subescala de Ansiedade da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.

Em suma, por forma a dar resposta ao propósito deste trabalho importa referir que inicialmente existiam duas ideias subjacentes: avaliar as propriedades métricas da EVCT, de modo a verificar se este se trata de um instrumento válido e fiável para a avaliação do conforto térmico e, perceber se o seu desenvolvimento (construção) é aplicável, ou seja, se ele realmente avalia para o qual foi originalmente concebido.

5. DISCUSSÃO

Após a realização e apresentação da análise de resultados, importa interpretar o seu significado por forma a perceber quais as informações que podem ser retiradas e, até que ponto estes vão de encontro ao referencial teórico sobre a temática em estudo.

Para além desta ligação é essencial perceber até que ponto os resultados obtidos podem ser úteis no período perioperatório (ou até mesmo em outros contextos diferentes dos abordados), bem como verificar se existe relação com a literatura analisada.

O propósito deste trabalho visou avaliar as propriedades métricas da EVCT de modo a verificar a sua validade. A validade de conteúdo foi testada por consenso por um grupo de investigadoras. Através do grafismo da escala e do significado das cores o grupo de colaboradores considerou que a medida cumpria os requisitos para ser facilmente e corretamente interpretada. A validade de constructo foi avaliada através da análise do comportamento da EVCT em 3 amostras diferentes e, através do cruzamento com outras medidas similares. Por fim avaliamos ainda a validade de critério recorrendo a outra medida de conforto térmico (ECT).

De ressaltar que é ainda importante analisar as dificuldades encontradas ao longo deste percurso e as limitações que podem ser associadas ao presente trabalho. Assim, neste capítulo reservado à discussão dos resultados será apresentada uma reflexão crítica do processo que levou à construção da EVCT e ao estudo das suas propriedades métricas.

Pretendia-se a construção de uma medida para avaliação do conforto térmico, essencialmente a aplicar no contexto perioperatório através uma medida simples, rápida e discriminativa. O interesse por esta medida justifica-se no seu contributo no despiste de casos de hipotermia, a qual, poderá estar relacionada com a diminuição do tempo de internamento na UCPA e consequente diminuição de internamento hospitalar; redução de custos para a instituição e para o sistema de saúde; diminuição das complicações inerentes ao processo anestésico-cirúrgico (como risco infeção da ferida cirúrgica, risco de ulcera pressão, prolongamento do efeito dos fármacos, alterações metabólicas); maior eficiência na utilização de recursos disponíveis e de cuidados de enfermagem, aumento do conforto térmico e, consequentemente aumento da satisfação do doente relativa à experiência cirúrgica (AORN, 2007; ASPAN 2010 cit Carvalho 2014).

A hipotermia perioperatória tem sido um alvo de interesse de associações profissionais como a American Society of PeriAnesthesia Nurses (2010), da AORN (2007) e de autores como Poveda (2008) e Wagner (2006) que desenvolveram diretrizes/guidelines para a sua prevenção e tratamento. Os mesmos autores referem que devem ser identificados fatores de risco de hipotermia entre eles: extremos da idade, o baixo índice de massa corporal e sexo feminino. No entanto, apesar do enunciado na literatura, geralmente, a mulher apresenta menor quantidade de massa muscular, maior percentagem de tecido adiposo (funciona como camada protetora) e, maior IMC que conduz a uma menor perda de calor. Ou seja, quanto maior o IMC maior será a prevenção relativa à hipotermia.

Estudamos 3 amostras independentes, das quais duas em contexto perioperatório e uma terceira em contexto hospitalar não operatório (esta última funcionou como grupo de controlo). Apesar das amostras em estudo terem sido recrutadas por uma amostragem de conveniência acreditamos que poderão dar uma visão aproximada das populações em análise. A amostra 1 (grupo de controlo) apresenta participantes mais velhos recrutados num serviço de medicina. A amostra 2, mais jovem, apresentava uma maior percentagem de participantes masculinos correspondendo a um hospital particular com clientes beneficiários de seguradoras (com cariz forte de acidentes de trabalho onde o emprego é maioritariamente do sexo masculino). A amostra 3 com uma percentagem maior de mulheres foi recrutada de um hospital particular de cariz social onde a sua proveniência advém em grande parte do sistema nacional de saúde referenciados por médico de família/hospital público (mas também de seguradoras e clientes particulares, ainda que em minoria).

No presente estudo as mulheres mostraram sentir um maior conforto térmico, avaliado pela ECT que os homens. Porém os resultados do conforto térmico avaliados pela EVCT só foram discriminados em função do sexo quando se fez a análise com a escala operacionalizada em 2 categorias (conforto/desconforto). A literatura sugere que as mulheres são mais sensíveis ao desconforto por frio. Os resultados encontrados apoiam em parte a ideia que as mulheres conseguem um maior conforto térmico (talvez porque sendo mais sensíveis solicitam mais prontamente auxílio para este efeito).

Wagner (2006) menciona que os extremos de idade (crianças e idosos) apresentam fatores intrínsecos ao desenvolvimento de hipotermia e, consequentemente uma série de complicações, pela superfície corporal e sistema termorregulador pouco desenvolvido. A mesma autora menciona que existe diferenças entre a hipotermia e a idade.

Verificamos ainda que a ECG mostra ser independente do sexo e da escolaridade. Não estudamos participantes muito jovens, nem tão pouco o risco de hipotermia, mas encontramos uma relação linear entre idade e conforto térmico (quer avaliado pela ECT, quer pela EVCT).

As amostras apresentam níveis médios de pré-obesidade, segundo o IMC (26,7 kg/m²; 26,5kg/m²; 27,1kg/m²) de acordo com os critérios da Direção Geral de Saúde. O que se pode inferir que esta variável apresenta boa correlação no estudo, ou seja, quanto maior o IMC maior a temperatura corporal do paciente e menor perda de calor, sendo este um fator protetor de ocorrência de hipotermia (apesar de todos os doentes no período perioperatório estarem em risco de desenvolverem hipotermia). Sabemos que quanto maior o IMC maior a temperatura corporal do paciente e menor perda de calor, assim, este aspeto poderá ter funcionado com o elemento protetor ao risco de hipotermia (apesar de todos os doentes no período perioperatório estarem em risco de ocorrência de hipotermia).

Poveda e Galvão (2008) mencionam que a hipotermia é multifatorial, o fato de quanto maior a duração e complexidade da cirurgia, acompanhada de outros fatores como: exposição, patologias associadas, extremos idades e tipo de anestesia são fatores preditivos para a ocorrência de hipotermia perioperatória. As mesmas autoras enunciam que a anestesia combinada (geral e loco regional) acarreta maior risco de hipotermia uma vez que o sistema termorregulador, acrescido pela incapacidade de uma resposta termorreguladora dos membros inferiores potencia hipotermia mais severa aquando a sua administração isolada.

Na amostra 2 do presente estudo os participantes foram submetidos anestesia geral onde a influência dos anestésicos na termorregulação associados aos fatores (já mencionados anteriormente) inibem a termorregulação. Não obstante, constatamos na presente investigação que o desenvolvimento de hipotermia durante a anestesia geral não se verificou, pois os participantes à chegada da UCPA apresentavam-se normotérmicos com média de temperatura de 36,4°C (uma vez que nesta fase há uma redistribuição da temperatura corporal). Poveda (2008) refere que há autores que defendem que a anestesia loco regional quando comparada com a anestesia geral acarreta maior risco de desenvolvimento de hipotermia, apesar de não haver evidência na literatura. No presente estudo foram detetadas casos de hipotermia ligeira, pertencentes à amostra 3, o que se revela congruente com a literatura analisada.

As doenças do sistema circulatório, endócrino e sistema neurológico ganham expressividade na determinação e avaliação do conforto térmico por aumentar a incidência de hipotermia (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004 cit. Sousa 2013). Da análise efetuada às patologias associadas aos participantes

constatamos uma elevada prevalência de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus (principalmente do tipo 2), doença pulmonar obstrutiva crónica e bronquite asmática. Ao nível, da patologia mental, registamos casos de depressão ou síndrome depressivo. Desde logo, é possível perceber que a maioria das pessoas apresenta somente uma patologia (ou pelo menos, da mesma tipologia), sendo reduzido os casos em que se verifica mais do que uma doença presente.

Conforme já mencionado, houve predomínio de cirurgias invasivas do foro da ortotraumatologia quer na amostra 2 (59,4%), quer na amostra 3 (65,0%) e cirurgia geral (16,8%; 23,0% respetivamente). A literatura indica que é comum as pessoas desenvolverem hipotermia em cirurgias de duração prolongada, pois a queda de temperatura corporal ocorre entre os primeiros 30 a 60 minutos (Wagner, 2006; Poveda e Galvão, 2008).

Na presente pesquisa em ambas as populações o tempo médio da cirurgia foi de 83,2 minutos e de 51,3 minutos o que corrobora o descrito na literatura. Na mesma linha, a temperatura média dos participantes na UCPA foi de 36,4°C (normotermia) enquanto, no intraoperatório foi de 35,5°C (hipotermia ligeira). Este facto, deve-se a que os participantes no intraoperatório estão sujeitos a fatores ambientais mais adversos; como a temperatura (23,1°C) e humidade (49,3%) da sala, à grande exposição cutânea, ao uso de antissépticos para assepsia do local a intervir e estão sob o efeito de fármacos que possuem um prejuízo acrescido na termorregulação. Enquanto no pós-operatório imediato os valores relativos à temperatura e humidade da unidade são ligeiramente superiores (24,0°C; 51,1% respetivamente). Apesar dos resultados evidenciarem que estas diferenças não são estatísticas significativas, podemos inferir que se deve ao fato dos participantes nestas unidades não estarem sujeitos a um ambiente tão hostil (a exposição é limitada, normalmente estão protegidos com bata, lençol e colcha, para além dos efeitos colaterais da anestesia serem residuais).

De acordo com a ASPAN e a AESOP (cit. Carvalho 2014) a temperatura do ambiente perioperatório devem ser mantidos de forma constante (20°C e 24°C) e a humidade (50% a 60%) para que a prevenção da hipotermia seja efetiva potenciando o conforto térmico tanto para a equipa como para o doente.

No que concerne ao uso de proteção térmica verifica-se que nas amostras não são utilizadas na grande maioria métodos de proteção térmica (55,4%; 90,0%) a não ser o comum como o uso de vestuário, lençol e colcha (métodos passivos). De ressaltar, que esta percentagem refere-se essencialmente a métodos ativos de aquecimento (sistemas de ar quente forçado; colchões de fluido circulante; entre outros). Poveda (2008) menciona um aumento do conforto do doente com diminuição de tremores e maior saturação de oxigénio quando usado o sistema de

ar aquecido forçado em detrimento da utilização de lençol entre outros meios, nomeadamente quando o doente está hipotérmico.

A hipotermia (AORN, 2007) gera, não apenas, desconforto no doente, como incita complicações abordadas anteriormente, exigindo ao enfermeiro uma atitude pró ativa sendo capaz de observar e antecipar sinais e sintomas (tremores, piloereção, extremidades frias) por forma a implementar intervenções potenciadoras do conforto térmico.

Estas características descritas e relativas aos participantes essencialmente do contexto perioperatório permitem perceber que os participantes ficaram expostos a um conjunto de fatores que poderiam ter tido influencia positiva ou negativa no conforto térmico e na temperatura corporal. Ao analisar as propriedades métricas da EVCT importa, desde logo, ressaltar a dificuldade em comparar os resultados obtidos com o de outros estudos pela sua inexistência.

Uma importante conclusão deste estudo prende-se com os diferentes resultados obtidos quando analisamos a EVCT como variável contínua, em 3 categorias ou em 2 categorias. Os melhores resultados foram obtidos na sua versão com 2 categorias. Porém, parece-nos que os dados devam ser colhidos na sua forma de uma medida visual analógica de 10 pontos. A análise da escala deve ser direccionada para um resultado em 2 categorias: conforto versus desconforto.

Só existe um ponto de conforto representado pelo valor (5), para valores inferiores (0 a 4,9) corresponde a variável “desconforto por frio” e, para valores superiores (5,1 a 10) a variável é classificada como “desconforto por calor” como demonstra a figura 6 devem ser computados na categoria desconforto.

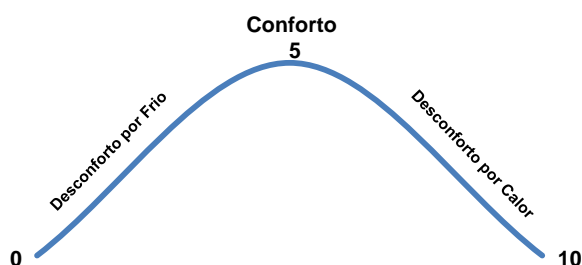


Figura 6 – Escala Visual do Conforto Térmico versão 3 categorias

Registamos uma sobreposição dos resultados entre a EVCT e a ECT. Para a percepção de conforto térmico os aspetos relacionados com a dimensão física (sentir o corpo frio, os materiais e o ambiente) tem uma contribuição maior do que os aspetos de ordem emocional (sentir-se confiante, ansioso e com privacidade). A dimensão física mostra assim uma maior correlação com a ECT comparativamente

com a dimensão emocional, o que se compreende já que o conforto térmico é associado a uma componente mais física segundo a estrutura taxonómica apresentada na teoria analisada.

Em síntese podemos afirmar que o instrumento desenvolvido para avaliação e mensuração do conforto térmico apresenta robustez, é eficaz, confiável e simples. De salientar que nos contextos em que foi aplicado demonstrou ter uma boa capacidade de medir o que é suposto medir (Ribeiro, 2010). O conforto térmico não tem sido avaliado pelos enfermeiros (apesar de ser um foco de atenção de Enfermagem), isto, dever-se-á ao fato de não haver nenhuma medida para o efeito e/ou que os enfermeiros não lhe reconhecem o devido valor. Em contexto perioperatório outros focos de atenção relacionados com a situação de saúde da pessoa e com o controlo das funções vitais poderão desvalorizar o conforto térmico. Todavia a associação estreita entre conforto térmico e hipotermia constitui um desafio para os cuidados de enfermagem (em particular pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Desta forma, o enfermeiro especialista:

“É o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

Frente ao exposto, de acordo com Wilson e Kolcaba (2004), a gestão e implementação de intervenções eficazes das condições do contexto ambiental, como, a temperatura, são altamente promotores de bem-estar e conforto da pessoa que vivência a experiência cirúrgica.

A implementação da avaliação do conforto térmico deverá ser promotora da melhoria dos cuidados da enfermagem perioperatória, consciencializando os enfermeiros e restantes profissionais de saúde para a responsabilidade de monitorizar a temperatura durante a experiência do período perioperatório.

5.1. Limitações e Implicações do Estudo

Na sequência da análise do estudo importa destacar as fragilidades e os aspetos que limitam a validade do mesmo (Sampaio, 2012). Assim, desde logo e porque se tratou de um estudo transversal (com uma única avaliação do conforto térmico), é provável que variações da temperatura corporal e do conforto térmico ao longo do processo cirúrgico possam não ser representativos dos resultados aqui encontrados. Como tal, recomendamos a sua avaliação em vários momentos

durante o período perioperatório de forma a identificar, por um lado, um maior número de casos em que os doentes classifiquem o seu conforto /desconforto e, por outro lado qual o momento em que se verifica que o participante se sente mais ou menos confortável. Por exemplo, através da avaliação da temperatura associado à avaliação do conforto térmico no pré, intra e pós-operatório e, ainda idealmente em vários momentos de cada fase deste período.

Outra dificuldade encontrada prende-se com a limitada variedade de medidas para avaliar o conforto térmico, apenas conhecemos a ECT, havendo escassez de referências a seguir na criação de uma nova medida. Ficamos surpreendidas também com a carência de estudos no âmbito da enfermagem no que se refere ao conforto térmico. Os artigos encontrados são na sua maioria na língua inglesa o que exige um trabalho acrescido de tradução e compreensão. Em Portugal não existe produção de conhecimento científico neste âmbito. Não obstante os artigos analisados têm um contexto de prática de cuidados de enfermagem (geriatria, psiquiatria) distinto da presente investigação. São várias as ciências que dão contributos para a enfermagem e que também abordam o conceito de conforto, como (medicina, psicologia, ergonomia). Salientamos a necessidade de se desenvolverem estudos para dar resposta a esta problemática, bem como, ampliar para outras realidades.

Em termos metodológicos, a maior limitação estará certamente, relacionada com a escassez do tempo (em termos académicos) para a conclusão do presente estudo. Caso essa limitação não existisse, o *gold standard* para avaliação do conforto térmico poderia ser realizada junto de uma amostra mais significativa (em termos numéricos).

Em suma, não obstante o enorme desafio que constitui a implementação dos processos relativos à prática baseada na evidência em enfermagem, percecionamos o seu potencial enriquecedor e vital, não só para a prática de cuidados de enfermagem, mas para qualquer área profissional da atualidade, em permanente mutação e crescimento, como resposta às crescentes e complexas exigências do Homem, em todas as suas áreas de intervenção.

CONCLUSÕES

A investigação constitui um pilar de uma profissão, pois a partir dela ocorre produção de conhecimento que fundamenta o exercício profissional. O estudo da problemática do conforto térmico é importante para uma enfermagem que se pretende de excelência, capaz de cuidar dos seus doentes, proporcionando-lhes, assim, o máximo de conforto e bem-estar.

Tendo presente as particularidades da hipotermia e face ao exposto no estudo, pode-se concluir que, a manutenção da normotermia do doente no período perioperatório contribui para a redução do risco de complicações, sendo este o aspeto mais relevante. O enfermeiro perioperatório no âmbito das suas competências profissionais, pela proximidade e pelo tempo de contato com a pessoa, encontra-se, numa posição importante para a implementação de intervenções que previnam a hipotermia tornando esta complicação um problema do passado (Wagner, 2006).

A manutenção da normotermia pode desta forma diminuir as infeções associadas à intervenção cirúrgica, diminuição de hemorragias, reduz o tempo de permanência na UCPA e internamento, melhora a recuperação anestésica e, consequentemente reduz os custos hospitalares. Do mesmo modo, aumenta a sensação de conforto térmico e naturalmente a satisfação da doente relativa à experiência cirúrgica (Poveda, 2008).

Considerando que a hipotermia, ainda que extremamente frequente, acaba por, na maior parte das vezes ser identificada como uma complicação inerente ao processo anestésico-cirúrgico (acaba por não ser valorizada). Nesse sentido e, considerando o que é apresentado na literatura procurou-se desenvolver um instrumento, que através das suas propriedades métricas, represente uma ferramenta importante para auxiliar os enfermeiros na avaliação do conforto térmico.

Dos resultados obtidos depreende-se que a EVCT é um instrumento eficaz, confiável e simples de utilizar podendo ser aplicada rapidamente, para tal, é necessário treino dos seus utilizadores para fundamentar a prática clínica e conduzir à melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória. Apesar da escala permitir a leitura de desconforto por calor, desconforto por frio e a perceção de conforto, a EVCT parece ser mais eficaz na leitura dos resultados classificados em desconforto versus conforto. Na verdade são essas as duas grandes categorias que

os enfermeiros têm de imediatamente avaliar, para atuar caso a pessoa de sinta desconfortável, no sentido de melhorar o conforto e evitar complicações.

Tendo em conta as limitações do presente estudo e pretendendo contribuir para uma maior consistência à aplicabilidade e utilidade da EVCT sugerimos que em investigações futuras se utilize a escala em amostras mais diversificadas e, em vários momentos do processo perioperatório. Seria relevante a sua utilização em outro tipo de amostras (como em crianças, idosos e pessoas com grande iliteracia) de modo a perceber se esta mantém as suas características.

Terminamos este trabalho com a convicção de termos atingido os objetivos propostos. Despertamos para a importância da Teoria do conforto de Kolcaba, numa perspetiva transversal ao conforto térmico. Entendemos os benefícios que as medidas de conforto térmico apresentam na perceção da sensação de bem-estar geral potenciadora da satisfação do doente durante a experiência perioperatória, através da EVCT. Foi ainda essencial, percebemos que é desta forma que nos afirmamos como profissão independente e autónoma, que fazemos a diferença junto das pessoas que cuidamos com a inerente tomada de decisão nas intervenções de enfermagem.

Não obstante, consideramos o presente trabalho apenas uma reflexão e um pequeno contributo para lançar a curiosidade nos enfermeiros. Contudo, há um interesse crescente desta problemática na medida em que começa a existir teses de doutoramento neste domínio, o que irá permitir evolução dos cuidados de enfermagem. O conforto pela sua especificidade, sempre esteve ligado ao processo de cuidar, sendo considerado um foco de enfermagem, embora muitas vezes desvalorizado por parte dos enfermeiros.

Assim, o presente trabalho sempre teve nas suas bases, os potenciais contributos que poderiam trazer à Enfermagem e, em particular para a Enfermagem Médico-Cirúrgica (quer na vertente académica como na vertente profissional). Desde logo, importa ressaltar que os cuidados perioperatórios devem ser desmistificados, pois a ideia é que a sua intervenção subsiste no trabalho médico, visto que se desenvolve maioritariamente por intervenções interdependentes.

Em suma, não obstante o enorme desafio que constitui a implementação dos processos relativos à prática baseada na evidência em enfermagem é imprescindível a utilização adequada de instrumentos que promovam o desenvolvimento de atitudes com efeito na procura de uma enfermagem de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA OPERAÇÕES PORTUGUESA. – Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados. AESOP: Loures, 2013. ISBN: 978-972-8930-16-5.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA OPERAÇÕES PORTUGUESA. – Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. AESOP.3ª Ed: Lisboa, 2013. ISBN: 978-989-20-3725-7.

AMERICAN SOCIETY OF PERIANESTHESIA NURSES – Normothermia and Patient Comfort: a comparative study in an outpatient surgery setting. Elsevier, 2010. Journal of PeriAnesthesia Nursing. Vol .25, Nº 03 [Em Linha]. (Junho, 2010), p. 146-151. [consult. 20/11/2013]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947210001206>

APÓSTOLO, J. – O Conforto nas Teorias de Enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. Revista de Enfermagem Referência. II série, Nº 09 [Em Linha]. (Março, 2009), p. 61-67. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: http://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26

APÓSTOLO, J.; KOLCABA, K.; MENDES, A. et al. – Development and Psychometric evaluation of the Psychiatric in Patients Comfort Scale. Elsevier, 2007. Enfermaria Clinica [Em Linha]. Vol 17, Nº 1 (Janeiro, 2007), p. 17-23. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862107717606>

ASPAN - A Survey of Current PeriAnesthesia Nursing Practice for Pain and Comfort Management. Journal of PeriAnesthesia Nursing. Vol. 19, Nº 3 [Em Linha]. (Junho, 2004), p. 138-149. [consult. 25/11/2013]. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S1089947204000929/1-s2.0-S1089947204000929-main.pdf?_tid=846997a0-926c-11e3-86e0-00000aab0f6b&acdnat=1392048232_86000b087fb08219af416f946bfed41e

ASPAN - Pain and Comfort Clinical Guideline .Journal of PeriAnesthesia Nursing. Vol. 18, Nº 4 [Em Linha]. (Agosto, 2003), p. 232-236. [consult. 25/11/2013]. Disponível em: http://www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/Guidelines/ASPAN_ClinicalGuideline_PainComfort.pdf

AMERICAN ASSOCIATION OF OPERIOPERATING ROOM NURSES – Standards, Recommended Practices. Guidelines, AORN. [Em Linha]. 2004. [consult. 15/01/2014]. Disponível em: <http://www.aorn.org/Guidelines/>

CARVALHO, I. – Hipotermia Perioperatória Não Planeada: Guia de Boas Práticas. Porto: 2014. Artigo a ser submetido para publicação.

CARVALHO, I. – Revisão sistemática das Diretrizes para o Controlo da Hipotermia Perioperatória não Planeada em Adultos (HIPOP-NP). Porto: 2014. Artigo a ser submetido para publicação.

CRAIG, J.; SMYTH, R. – Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 978-85-363-0892-0.

CRISTINA, S. – Esmeralda Azul: Medicina Funcional e Integrativa. [consult. 26/01/2015]. Disponível em: <http://www.esmeraldazul.com/pt/blog/cores-frias-e-quentes/>

DICIONARIO DA LINGUA PORTUGUESA – Novo Dicionário. Lisboa: Texto Editores; LDA, 2007. ISBN: 978-972-47-3474-3.

EUROPEAN OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION – Recomendações EORNA. [Em Linha]. 1996. [consult. 12/01/2015]. Disponível em: <http://www.aesop-enfermeiros.org/?lop=conteudo&op=903ce9225fca3e988c2af215d4e544d3&id=92c8c96e4c37100777c7190b76d28233>

FORTIN, M. – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2003. ISBN: 978-972-8383-10-7.

FORTIN, M.; CÔTÉ, J.; FILION, F. – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

HOOVER, V. et al: ASPAN'S – Evidence Based Clinical Practice Guideline for the Promotion of Perioperative Normothermia: 2º Ed. Journal of PeriAnesthesia Nursing. Vol. 25, Nº 6 (Dezembro, 2010), p. 346-365.

HOOVEN, K. – Preprocedure Warming Maintains Normothermia Throughout the Perioperative Period: A Quality Improvement Project. Journal of PeriAnesthesia Nursing.: Vol. 26, Nº 1 [Em Linha]. (Fevereiro, 2011), p. 9-14. [consult. 25/11/2013]. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S1089947210004648/1-s2.0-S1089947210004648-main.pdf?_tid=98c6060e-926f-11e3-9ce0-00000aab0f02&acdnat=1392049555_71f0ff262893570e3402dd0aa7394850

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. (ICN), versão 2.0 Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. ISBN: 978-92-95094-35-2.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. – Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. Edições Sílabo. 2ª Ed., 2000.

KOLCABA, K. – A Taxonomic Structure for the Concept Comfort: Image. Journal of Nursing. Vol. 23, Nº 4 [Em Linha]. (Outubro, 1991), p. 237-240. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Taxonomic%20Structure%20of%20Comfort%20Theory.pdf>

KOLCABA, K – Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publishing Company Inc. 2003. ISBN: 0-8261-1669-7.

KOLCABA, K. – A theory of holistic comfort for nursing: Journal of Advanced Nursing. Nº 19 [Em Linha]. (Outubro, 1993), p. 1178-1184. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>

KOLCABA, K. – An analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing. Nº 16 [Em Linha]. (Abril, 1991), p. 1301-1310. [consult. 25/10/2013]. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ed7a972b-8c35-45ec-8830-7f2ca0cefaed%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4114>

KOLCABA, K. – Concept Analysis of comfort: Nursing Forum. Vol. 37, N° 4 [Em Linha]. (Outubro, 2002), p. 16-23. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2002.tb01288.x/pdf>

KOLCABA, K. – Evolution of the Mid-Range Theory of Comfort for Outcomes Research. Nursing Outlook. Vol. 49, N° 2 [Em Linha]. (2001), p. 86-92. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0029655401435986/1-s2.0-S0029655401435986-main.pdf?_tid=28c83de8-926c-11e3-9a6e-00000aab0f01&acdnat=1392048079_7e2456d66e3b46a1d7611c489c7ee78d

KOLCABA, K. – General Comfort Questionnaire. [Em Linha]. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>

KOLCABA, K. – Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Journal of Advanced Nursing. Vol. 15, N° 1 [Em Linha]. (1992), p. 1-10. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1992%20-%20Holistic%20comfort%20operationalizing.pdf>

KOLCABA, K. – The Art of Comfort Care: Image. Journal of Nursing. Vol 27, N° 4 [Em Linha]. (Outubro, 1995), p. 287-289. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1995%20-%20The%20art%20of%20comfort%20care.pdf>

LOPES, T. – A temperatura e a dor do doente cirúrgico no período perioperatório: a intervenção do enfermeiro. Viseu: Repositório Instituto Politécnico. [Em Linha]. Portugal, 2011. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica [consult. 26/03/2014]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1654>

MELEIS, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. (Setembro. 2000), p. 12-28.

O'BRIEN, D; ANDERSON, J.; MORRIS, M. – Comfort, Satisfaction, and Anxiolysis in Surgical Patients Using a Patient-Adjustable Comfort Warming System: A Prospective Randomized Clinical Trial. Journal of PeriAnesthesia Nursing. Vol. 25, N° 2 [Em Linha]. (Abril, 2010), p. 88-93. [consult. 25/11/2013]. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S1089947210000420/1-s2.0-S1089947210000420-main.pdf?_tid=212921d0-926f-11e3-b74c-00000aacb362&acdnat=1392049354_6e05f2d8b3c975d6f64646381b0015fb

OHLÈN, J.; HOLM, A. – Comfort and comforting: An innovative course in undergraduate nursing education. Elsevier. Nº 25 [Em Linha]. (Outubro, 2005), p. 95-101. [consult. 26/03/2014]. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0260691704001418/1-s2.0-S0260691704001418-main.pdf?_tid=4af6d9cc-926e-11e3-bea6-00000aacb361&acdnat=1392048995_a0d374546267ef7f4b3647cb8dcb697f

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Browser CIPE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. [Em Linha]. Lisboa: 2010. [consult. 26/03/2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documentos/LegislaçãOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar Competências do enfermeiro de cuidados Gerais. [Em Linha]. Lisboa: 2004. [consult. 26/03/2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. [Em Linha]. Lisboa: 2001. [consult. 26/03/2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documents/PadrõesqualidadedeCuidadosEnfermagem.pdf>

PASQUALI, L. – Validade dos testes psicológicos: Será possível reencontrar o caminho?. Psicologia: Teoria e Pesquisa . Vol. 23 [Em Linha]. (2007), p. 099-107. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18>

PAUL, J. – Blanket Warming: Comfort and Safety. AORN. Vol. 89, Nº 4 [Em Linha]. (Abril, 2009), p. 9-14. [consult. 25/11/2013]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3e3581d1-b166-4e89-9f7d-8ff4a00e2169%40sessionmgr113&vid=6&hid=121>

PINI, L. - Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. [Em Linha]. Porto: 2012. Tese de Mestrado. [consult. 01/11/2012]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>

PINTO, V.; CONCEIÇÃO, A. – Os enfermeiros na espiral do conforto. Revista Sinais Vitais. ISSN 0872-8844, Nº 80 [Em Linha] (Setembro, 2008), p. 05-12. [consult. 26/03/2014]. Disponível em: <http://biblioteca.esenf.pt/plinkres.asp?Base=ANALI&Form=COMP&StartRec=0&RecPag=5&NewSearch=1&SearchTxt=%22TI%20Os%20enfermeiros%20na%20espiral%20do%20conforto%22>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN: 978-85-363-2545-3.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN: 85-7307-984-3.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. – Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. [consult. 10/01/2015]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.esscvp.eu%2FLinkClick.aspx%3Ffileticket%3DZF-As0HboZY%253D%26tabid%3D193%26mid%3D1377&ei=trvPVL-CEcmBU6GCg4gP&usg=AFQjCNEeGgwSWyiCkeikY0KnsDsvIK_qdQ&sig2=Gi5SRem3H1nzhLGHmLy3wA

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. – Plataforma da Obesidade. Realidade Portuguesa. [Em Linha]. Lisboa: 2005. [consult. 10/01/2015]. Disponível em: http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?ctt_extoid=157&menuid=347&exmenuid=159

POVEDA, V. – Hipotermia no período intraoperatório. São Paulo (2008) [Em Linha]. Tese de Doutoramento. [consult. 26/03/2014]. Disponível em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F22%2F22132%2Ftde-07072008-112252%2Fpublico%2FVannessadeBritoPoveda.pdf>

POVEDA, V.; GALVÃO, C.; DANTAS, R. – Hipotermia no período intraoperatório em pacientes submetidos a cirurgias eletivas. *Ata Paulista em Enfermagem*. ISSN 1982-0194, Vol. 22, Nº 04 [Em Linha]. (São Paulo, 2009), p. 361-366. [consult. 26/03/2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400002&script=sci_arttext

RIBEIRO, J. – *Metodologias de Investigação em Psicologia da Saúde*. 3ª Ed. Porto: Legis Editora, 2010. ISBN: 978-989-8148-46-9.

RIBEIRO, J.; et al. – Validation Study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *PubMed*. [Em Linha]. (março, 2006), p. 1-13. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17365902>

RIBEIRO, L. – *As competências dos profissionais em cuidados paliativos*. [Em Linha]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011. Tese de Mestrado. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.handle/170216/63793?mode=full>

SAMPAIO, F. – *Confusion Assessment Method: Tradução e validação para a população Portuguesa*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

SILVA, L. – *Validação do Questionário clínico para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (CCQ) para a língua Portuguesa*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

SERRANO, M.; COSTA, M.; COSTA, N. - Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, Nº 3 [Em Linha]. (Março, 2011), p. 15-23. [consult. 26/03/2014]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3a02.pdf>

STREINER, D.; NORMAN, G. – *Health measurement scales, a practical guide to their development and use*. 4ª Ed. Oxford University Press (2008). ISBN: 978-6-19-968521-9.

SOMEREM, M.; BARNARD, Y.; SANDBERG, J. – The Think Aloud Method: A practical guide to modelling cognitive processes. Loundon: Publishing by Academic Press. 1994. ISBN: 0-12-714270-3.

SOUSA, M. – A gestão dos fatores ambientais no controlo da dor em pós-operatório. Coimbra, 2013. [Em Linha]. Tese de Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. [consult. 09/01/2015]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D27242%26code%3D667&ei=n7zIVKD9B8LwUrfyg6gG&usq=AFQjCNEkmg-Mq3PI_su4irm3AkQUhGyqRA&sig2=Qb_oCxVDg0H3Nax8WS0sLw&bvm=bv.84607526,d.d24

SOUSA, M. et al. – O cuidado em enfermagem: Uma aproximação teórica. Enfermagem. Vol.14 Nº2 (Abril-Junho 2005), p.266-270.

VALADAS, M. – Reflexão sobre a prática do Cuidar em Enfermagem. Revista Sinais Vitais. Nº 59 (Março, 2005), p. 62-65.

VELOSO, M. – Contributo para a elaboração de um programa de Intervenção de Enfermagem Promotor da Adaptação à doença Oncológica. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

WAGNER, D.; BYRNE, M.; KOLCABA, K. – Effects of Comfort Warming on Preoperative Patients. AORN Journal. Vol. 84, Nº 3 [Em Linha]. (Setembro, 2006), p. 427-448. [consult. 25/10/2013]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3e3581d1-b166-4e89-9f7d-8ff4a00e2169%40sessionmgr113&vid=6&hid=121>

WATSON, J. – Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-33-9.

WILSON, L.; KOLCABA, K. – Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting. Journal of PeriAnesthesia Nursing. Vol. 19, Nº 3 [Em Linha]. (Junho, 2004), p. 164-173. [consult. 25/11/2013]. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1089947204000966/1-s2.0-S1089947204000966->

main.pdf?_tid=52050164-926c-11e3-b784-

00000aab0f6c&acdnat=1392048148_e75e72d50c180731da4306d66580faaf

WILSON, L.; KOLCABA, K. – Comfort Care: A Framework for Perianesthesia Nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Vol. 17, N° 2 [Em Linha]. (Abril, 2002), p. 102-114. [consult. 25/11/2013]. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S1089947202700038/1-s2.0-S1089947202700038-](http://ac.els-cdn.com/S1089947202700038/1-s2.0-S1089947202700038-main.pdf?_tid=b7228e54-926c-11e3-bd72-00000aacb35f&acdnat=1392048317_1d79a9b2d6c8356d76a84a0783f2bfbe)

main.pdf?_tid=b7228e54-926c-11e3-bd72-

00000aacb35f&acdnat=1392048317_1d79a9b2d6c8356d76a84a0783f2bfbe

ZIGMOND, A., SNAITH, R. – The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Scandinavica*. N° 67 (1983), p. 361-370.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de avaliação do Conforto Geral (versão experimental)

Escala de Avaliação do Conforto

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à situação de maior ou menor conforto / desconforto que a pessoa sente durante a sua permanência na sala de operações. Por favor, assinale, com um círculo o valor de cada resposta, na quadrícula adequada.

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo / Nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
-----------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------	-----------------------------

Item nº	Descrição	Classificação				
		1	2	3	4	5
1	Sinto-me bem com a minha temperatura corporal					
2*	Sinto a cadeira/cama fria					
3	A temperatura ambiente está amena					
4	Sinto-me confiante					
5	Sinto privacidade suficiente					
6*	Sinto tremores no corpo					
7	Os enfermeiros cuidam de mim					
8*	Sinto-me ansioso					
9*	Sinto frio					
10*	Sinto-me fora de controlo					
11	Sinto o meu corpo relaxado					
12	Sinto que a minha vida vale a pena					
13*	Este local assusta-me					
14*	Eu tenho receio do que vem a seguir					
15	Sinto-me calmo					
16	O ruído neste local não é perturbador					
17*	Necessito de ser melhor informado sobre a minha saúde					
18	Esta equipa anima-me					
19	Este ambiente parece-me seguro					
20*	A cama/cadeira magoa-me					
21	Sinto paz de espírito					
22*	Sinto-me mal porque não estou vestido					
23*	Este local cheira mal					
24	Sinto que vou ficar fisicamente bem					

Fonte: KOLCABA K., WAGNER D., 2003; KOLCABA K., BYRNE M., 2006

ANEXO II

Questionário de avaliação de Ansiedade Hospitalar e Escala Visual Analógica da Ansiedade

Escala de Avaliação da Ansiedade Hospitalar

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) na opção que melhor descreve a forma como se sente. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

Item nº	Questão	Opção	
Q 1.	Sinto-me tenso/a ou nervoso/a ?	Quase sempre	
		Muitas vezes	
		Por vezes	
		Nunca	
Q 2.	Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer ?	Sim e muito forte	
		Sim, mas não muito forte	
		Um pouco, mas não me aflige	
		De modo algum	
Q 3.	Tenho a cabeça cheia de preocupações ?	A maior parte do tempo	
		Muitas vezes	
		Por vezes	
		Quase nunca	
Q 4.	Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a ?	Quase sempre	
		Muitas vezes	
		Por vezes	
		Nunca	
Q 5.	Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago ?	Nunca	
		Por vezes	
		Muitas vezes	
		Quase sempre	
Q 6.	Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a ?	Muito	
		Bastante	
		Não muito	
		Nada	
Q 7.	De repente, tenho sensações de pânico ?	Muitas vezes	
		Bastantes vezes	
		Por vezes	
		Nunca	

Fonte: PAIS E RIBEIRO [et al], 2006

Escala Visual Analógica da Ansiedade

Numa escala de 0 a 10 em que medida classifica a sua ansiedade neste momento. Faça um círculo no valor correspondente.

Nada
Ansioso
(a)



Muito
ansioso
(a)

ANEXO III

Questionário sociodemográfico e clínico

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Número de Processo:

Cirurgia Realizada:

Tipo de Anestesia:

Individuais

- Q 1. Idade Anos _____
- Q 2. Sexo Masculino ☐ Feminino ☐
- Q 3. Qual é a sua altura? Metros _____
- Q 4. Qual é o seu peso ? Kg _____
- Q 5. Qual o seu grau de escolaridade? _____
- Q 6. Quantas horas tem de jejum? Horas _____
- Q 7. Temperatura corporal (auricular) °C _____
- Q 8. Patologias associadas Sim ☐ Não ☐
Se sim, quais _____

Externos

- Q 9. Temperatura ambiente °C _____
- Q 10. Humidade relativa % _____
- Q 11. Tempo cirúrgico Min. _____
- Q 12. Fluidoterapia em curso Sim ☐ Não ☐
- Q 13. Pré medicação (antibioticos; ansioliticos) Sim ☐ Não ☐
- Q 14. Nivel de atividade Não se aplica ☐ Deambula ☐ Acamado ☐
- Q 15. Metodo de proteção térmica
- Vestuário _____
- Manta Aquecimento Sim ☐ Não ☐

ANEXO IV

Pedidos de autorização

On Thursday, October 17, 2013 5:07 AM, Isa Carvalho

wrote: isa.c.carvalho@gmail.com

Dear Dr. kolcaba

My name`s Isaura Carvalho, am a nurse and I'm starting the PhD in nursing science at the University of Porto, Portugal.

I am preparing a research project that aims to test the effectiveness of a thermal insulation system on thermal comfort of peri-operative orthopedic patients.

I would ask permission to translate, adaptate and use the Thermal Comfort Inventory developed by You, Dr Wagner and Dr Byrne, and be instructed on how to formalize the request.

I am fully available for more information

Grateful for the attention

Best regards,

Isaura Carvalho

From: Kathy Kolcaba <kathykolcaba@yahoo.com>

Date: 2013-10-17 15:52 GMT+03:00

Subject: Re: Thermal Comfort Scale

To: Isa Carvalho <isa.c.carvalho@gmail.com>, JOAO APOSTOLO <apostolo.joao@gmail.com>

You have my permission to translate and use the THERmal Comfort Instrument that I developed for the study you cited. Please also note that you have a wonderful resource in Coimbra who is a professor of nursing, fluent in English, and has co-authored studies and articles with me. I included his name on this e-mail.

Best regards,

Dr. Kathy Kolcaba

Associate Professor (Emeritus)

The University of Akron

Adjunct Faculty, Ursuline College

www.TheComfortLine.com

Em 04/12/2013, às 19:18, Isa Carvalho <isa.c.carvalho@gmail.com> escreveu:

Boa noite prof. João Apóstolo

Sou Isaura Carvalho e estou a iniciar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem no ICBAS - Porto e pretendo realizar um estudo, no contexto perioperatório, onde utilizarei uma escala de conforto, adaptada de Kolcaba, para a qual já obtive autorização.

Uma vez que me foi, pela Dra. Kolcaba, referido o seu nome como perito na área do conforto, atrevo-me a enviar-lhe este e-mail, para lhe solicitar uma informação específica.

O item nº 39 da sua Escala para avaliação do conforto em doentes internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica, "Sinto-me fora de controlo", refere-se à impossibilidade do doente controlar a sua vida, naquele período ou à falta de controlo emocional? Ou outro?

Aguardando feedback, agradeço desde já a atenção

Cumprimentos,
Isaura Carvalho

De: Joao .apostolo <apostolo.joao@gmail.com>

Data: 5 de dezembro de 2013 às 01:34

Assunto: Re: Informação sobre escala de conforto

Para: Isa Carvalho <isa.c.carvalho@gmail.com>

Cara Isaura,

A sua questão é muito pertinente.

Considerarei este item para avaliar o alívio psicoespiritual.

Podemos no entanto discutir esta questão pelo telefone. [914552332](tel:914552332)

Cumprimentos,
João Apóstolo

ANEXO V

Pedidos autorização aos conselhos de administração das três Instituições

Exm. S^a Diretora Geral e S^o Diretor Clínico
do Hospital de Santa Maria-Porto
D^a Lurdes Serra Campos
D^o Mesquita Montes

Carmen Daniela Barbosa Gomes, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem-Porto, pretende realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado que tem como objetivos:

- Construir uma escala análoga/visual para avaliação do conforto térmico (EAVCT);
- Estudar a validade de critério, fidelidade e utilidade do instrumento desenvolvido;
- Estudar a sensibilidade da EAVCT em doentes cirúrgicos submetidos a anestesia geral.

Com o presente estudo perspetiva-se explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão promover um maior conforto à pessoa durante a experiência perioperatória e fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade.

Para a consecução deste estudo, pretende-se recolher informação a 100 pessoas que experienciaram uma cirurgia numa unidade cuidados pós anestésicos (UCPA). A aplicação do questionário (em anexo) requer um tempo médio de 10 minutos. Para participar no estudo a pessoa terá que dar o seu consentimento, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar consciente e orientada e ter capacidade de comunicar verbalmente. Mais se garante o cumprimento de todos os procedimentos éticos constante na Declaração de Helsínquia.

Vem, por este meio, solicitar autorização a Vossa Excelência para aplicar o instrumento desenvolvido.

(Carmen Daniela Gomes)

Atenciosamente,

Porto, 28 Janeiro 2014

Eu, Ana Catarina de Freitas Martins, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem-Porto, e enfermeira no serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga, pretendo realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado que tem como objetivo a adaptação da Escala do Conforto Térmico de Wagner, Byrne e Kolcaba para o contexto português.

Assim, proponho explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade durante a hospitalização, em associação à ansiedade sentida neste episódio.

Venho, por este meio, solicitar a autorização a Vossas Excelências para aplicar os instrumentos nos serviços de Medicina Interna, numa amostra de conveniência de 100 doentes, com idade igual ou superior a 18 anos, conscientes e orientados, que aceitem participar no estudo, e com capacidade para comunicar verbalmente.

Em anexo poderá ser consultada a declaração de consentimento informado destinada aos participantes, bem como, os instrumentos a aplicar. A recolha de informação será efetuada pela investigadora após anuência e parecer positivo das entidades respetivas. Disponibilizo-me para qualquer outro esclarecimento adicional, deixando o meu contacto: 915604234 / acatarinamartins@hotmail.com.

(Ana Catarina Martins)

Atenciosamente,

Braga, 15 de Janeiro de 2014

Exmo Senhor
Presidente da Comissão de Apoio Executivo
do Hospital da Prelada

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação

Nome do investigador principal: Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho

Nº Mecanográfico: 201295

Título do projeto de investigação:

“Hipotermia e conforto perioperatórios – eficácia e custos de um sistema de isolamento térmico”

Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho, enfermeira no Bloco Operatório desta Instituição, a frequentar o curso de Doutoramento na Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Doutor Abel Salazar, pretende, nesse âmbito, realizar um trabalho de investigação, cujos objetivos se prendem com a comparação da eficácia e dos custos de um sistema de isolamento térmico de 3 camadas, no controlo da hipotermia e do conforto térmico, em pessoas submetidas a artroplastia total do joelho, face à manta de ar quente forçado - sistema recomendado internacionalmente e em uso neste Hospital. Prevendo o recurso a duas escalas, como forma de operacionalizar a avaliação do conforto térmico, propõe-se ainda levar a cabo a prévia validação das mesmas.

Pretendendo realizar no Bloco Operatório deste Hospital o projeto de investigação e a validação das escalas de conforto térmico, ambos em epígrafe, solicita a V. Exa. autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa toda a informação em dossier (projeto de investigação e declarações de consentimento informado) e endereça pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética.

Mais informa que o estudo será acompanhado no Bloco Operatório, pelo Exmo. Sr. Dr. Vitor Carvalho, Diretor do Serviço de Anestesia.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 19 / Março / 2014

Pede deferimento,

(Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho)

ANEXO VI

Pedidos autorização às comissões de Ética das três Instituições

Exmo. Sº Presidente da Comissão de Ética
do Hospital de Santa Maria-Porto
Prof. Dº Jorge Mergulhão Tavares

Carmen Daniela Barbosa Gomes, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem-Porto, pretende realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado que tem como objetivos:

- Construir uma escala análoga/visual para avaliação do conforto térmico (EAVCT);
- Estudar a validade de critério, fidelidade e utilidade do instrumento desenvolvido;
- Estudar a sensibilidade da EAVCT em doentes cirúrgicos submetidos a anestesia geral.

Com o presente estudo perspetiva-se explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão promover um maior conforto à pessoa durante a experiência perioperatória e fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade.

Para a consecução deste estudo, pretende-se recolher informação a 100 pessoas que experienciaram uma cirurgia numa unidade cuidados pós anestésicos (UCPA). A aplicação do questionário (em anexo) requer um tempo médio de 10 minutos. Para participar no estudo a pessoa terá que dar o seu consentimento, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar consciente e orientada e ter capacidade de comunicar verbalmente. Mais se garante o cumprimento de todos os procedimentos éticos constante na Declaração de Helsínquia.

Vem, por este meio, solicitar autorização a Vossa Excelência para aplicar o instrumento desenvolvido.

(Carmen Daniela Gomes)

Atenciosamente,

Porto, 07 de Janeiro de 2014

Exmo. Presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga

Eu, Ana Catarina de Freitas Martins, aluna do Mestrado em Enfermagem

Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem-Porto, e enfermeira no serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga, pretendo realizar um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado que tem como objetivo a adaptação da Escala do Conforto Térmico de Wagner, Byrne e Kolcaba para o contexto português.

Assim, proponho explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade durante a hospitalização, em associação à ansiedade sentida neste episódio.

Venho, por este meio, solicitar a autorização a Vossa Excelência para aplicar os instrumentos nos serviços de Medicina Interna, numa amostra de conveniência de 100 doentes, com idade igual ou superior a 18 anos, conscientes e orientados, que aceitem participar no estudo, e com capacidade para comunicar verbalmente.

Em anexo poderá ser consultada a declaração de consentimento informado destinada aos participantes, bem como, os instrumentos a aplicar. A recolha de informação será efetuada pela investigadora após anuência e parecer positivo das entidades respetivas.

Disponibilizo-me para qualquer outro esclarecimento adicional, deixando o meu contacto: 915604234 / acatarinamartins@hotmail.com.

(Ana Catarina Martins)

Atenciosamente,

Braga, 15 de Janeiro de 2014

Exmo Senhor
Presidente da Comissão de Ética
do Hospital da Prelada

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação

Nome do investigador principal: Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho

Nº Mecanográfico: 201295

Título do projeto de investigação:

“Hipotermia e conforto perioperatórios – eficácia e custos de um sistema de isolamento térmico”

Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho, enfermeira no Bloco Operatório desta Instituição, a frequentar o curso de Doutoramento na Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Doutor Abel Salazar, pretende, nesse âmbito, realizar um trabalho de investigação, cujos objetivos se prendem com a comparação da eficácia e dos custos de um sistema de isolamento térmico de 3 camadas, no controlo da hipotermia e do conforto térmico, em pessoas submetidas a artroplastia total do joelho, face à manta de ar quente forçado - sistema recomendado internacionalmente e em uso neste Hospital. Prevendo o recurso a duas escalas, como forma de operacionalizar a avaliação do conforto térmico, propõe-se ainda levar a cabo a prévia validação das mesmas.

Pretendendo realizar no Bloco Operatório deste Hospital o projeto de investigação e a validação das escalas de conforto térmico, ambos em epígrafe, solicita a V. Exa. autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa toda a informação em dossier (projeto de investigação e declarações de consentimento informado) e endereça pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética.

Mais informa que o estudo será acompanhado no Bloco Operatório, pelo Exmo. Sr. Dr. Vitor Carvalho, Diretor do Serviço de Anestesia.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 19 / Março / 2014

Pede deferimento,

(Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho)

ANEXO VII
Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR NO ESTUDO

“Escala Visual do Conforto Térmico: Estudo das Propriedades Psicométricas”

Parte I

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à investigadora se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

A investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo como finalidade explorar e refletir sobre os benefícios das medidas de conforto térmico que poderão promover um maior conforto à pessoa durante a experiência perioperatória e fornecer evidências aplicáveis à tomada de decisão na prática de cuidados de qualidade.

Tem como objetivos:

- Construir uma escala análoga/visual para avaliação do conforto térmico (EAVCT);
- Estudar a validade de critério, fidelidade e utilidade do instrumento desenvolvido;
- Estudar a sensibilidade da EAVCT em doentes cirúrgicos submetidos a anestesia geral.

O estudo tem como orientadora a Professora Doutora Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto e, como coorientadora a Enfermeira Isaura Carvalho, Mestre em Ciências da Enfermagem, enfermeira a exercer funções no bloco operatório no Hospital da Prelada.

Pretendemos que cada participante preencha um questionário relativo à Escala de Conforto e Ansiedade Hospitalar.

Asseguramos o anonimato, a confidencialidade e a garantia da participação livre e informada no preenchimento dos questionários, em ambiente de privacidade.

Esta participação não terá qualquer tipo de incentivo/recompensa ou punição, podendo, em qualquer momento, abandonar o estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo.

O presente estudo conta com o apoio do Escola Superior de Enfermagem do Porto, contudo sem financiamento, sendo os custos com a investigação no terreno assegurados pela investigadora principal, não se prevendo contrapartidas para os/as participantes.

Os incómodos para o/a participante residem na disponibilização de tempo para a participação durante o processo. Pensamos, no entanto, que os benefícios em termos de inovação, desenvolvimento do conhecimento da disciplina e melhoria das práticas profissionais no futuro superarão este incómodo.

Gratas pela disponibilidade dispensada ao nosso pedido,

De acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Adotada pela 18.ª Assembleia Geral da AMM, Helsínquia, Finlândia, junho 1964, e corrigida pela 29.ª AG da AMM, Tóquio, Japão, outubro 1975, pela 35.ª AG da AMM, Veneza, Itália, outubro 1983, pela 41.ª AG da AMM, Hong Kong, setembro 1989, pela 48.ª AG da AMM, Somerset West, República da África do Sul, outubro 1996, pela 52.ª AG da AMM, Edimburgo, Escócia, outubro 2000, pela 53.ª AG da AMM, Washington 2002 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 29), pela 55.ª AG da AMM, Tóquio 2004 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 30), pela 59.ª AG da AMM, Seul, Coreia, outubro 2008 e 64.ª AG da AMM, Fortaleza, Brasil, outubro 2013.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Parte II

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter lido e compreendido este documento, a informação e explicação que me foi fornecida acerca do estudo proposto pela investigadora, é suficiente.

Foi-me dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora.

Foi-me assegurado que a participação neste estudo está de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia e convenção de Oviedo, e versaram a finalidade, os objetivos e o conteúdo das perguntas a que irei responder. Igualmente foi-me garantido que posso recusar a participar sem qualquer implicação no acesso e seguimento hospitalar. Também foram-me garantidas confidencialidade da informação colhida e o anonimato.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Porto, ____ de _____ de 2014

Assinatura do/a participante:

Assinatura da investigadora:

(Carmen Daniela Gomes)

ANEXO VIII

Parecer favorável das três Instituições



HOSPITAL DE SANTA MARIA - PORTO

Exma. Senhora,
Enfª Carmen Daniela Barbosa Gomes
Rua de Vila Nova, nº 203
4595-132 PAÇOS DE FERREIRA

N/ ref: DG/RC

V/ref:

Data: 2 de Abril de 2014

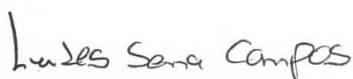
Assunto: Trabalho de Investigação Escala Análoga / visual do Conforto Térmico
Estudo das Propriedades Psicométricas

Exma. Senhora,

Em resposta ao requerimento relativo à realização de um trabalho de investigação no âmbito da dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vimos pelo presente informar que a sua realização no Hospital de Santa Maria-Porto se encontra autorizada no pressuposto do cumprimento das orientações transmitidas quer pelo Director Clínico, Dr. Mesquita Montes, quer pelo Prof. Dr. Jorge Tavares, Presidente da Comissão de Ética do Hospital, cujo parecer se junta.

Informamos ainda que será solicitado ao Senhor Professor Jorge Tavares o favor de acompanhar tecnicamente a implementação do trabalho.

Desejando o maior sucesso neste trabalho de investigação coloco-me ao dispor e apresento os meus melhores cumprimentos,


Lurdes Serra Campos
Directora-Geral

c.c.: Dr. Mesquita Montes
Prof. Doutor Jorge Tavares
RH



Comissão de Ética
Hospital de Santa Maria
Porto

28/2/14

Recebido o parecer do Senhor Presidente da
Comissão de Ética e parecer sobre participação
de alunos de medicina. Exp. das mesmas bases.
Larar do Hospital de Santa Maria - Porto
recolhido na Instituição de acordo com

A aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem –
Porto, Enfª Carmen Daniela Barbosa Gomes, requereu autorização para a realização, no
Hospital de Santa Maria – Porto, de um trabalho de investigação intitulado “Escala
Análoga/Visual do Conforto Térmico. Estudo das propriedades psicométricas” no âmbito da
dissertação de mestrado. O Diretor Clínico da Instituição solicitou o correspondente parecer
Ético

PARECER

O parecer da proposta, de acordo com a solicitação
do Senhor Prof. Jp. Tavares, o parecer de
cumprimento da instituição a sua implicação -
Tudo bem -

As investigações com doentes implicam o cumprimento de requisitos bem definidos. A
oportunidade da valorização destes requisitos é ponderada de acordo com o tipo de trabalho.
Neste trabalho, a participação dos doentes limita-se à colaboração no preenchimento de uma
escala analógica-visual e 2 escalas de Lickert.

Os dois primeiros desses requisitos (valor social e o valor científico da investigação), são
eliminatórios e devem sempre ser avaliados.

O conforto térmico pós-operatório é um objetivo de qualidade da fase de recuperação da
anestesia, consensualmente aceite mas escassamente avaliado em termos objetivos. Por isso,
todos os trabalhos que se insiram numa trajetória de avaliação e consequentes tomadas de
decisão no âmbito da melhoria do conforto térmico pós-operatório, têm valor social.


Entre os documentos apresentados pela requerente, está o Despacho do Conselho Técnico-
Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto de aceitação do pedido de admissão à
dissertação em questão, face ao parecer da Coordenadora do respetivo Curso de Mestrado,
emitido em 9/12/2013. Fica assim preenchido o requisito valor científico.

Os restantes requisitos éticos para a validação de um trabalho de investigação com doentes
estão cumpridos, nomeadamente os referentes ao Consentimento informado e à salvaguarda
da possibilidade de abandono do interrogatório quando o doente o entender.

Emite-se assim um PARECER favorável à realização da colheita de dados nos doentes cirúrgicos de passagem pela Unidade de Recobro do Hospital com o objetivo de serem incluídos nos resultados do trabalho de investigação proposto. Os resultados obtidos apenas poderão ser usados pela requerente na elaboração da sua dissertação de mestrado ou em trabalhos pessoais relacionados com a dissertação.

Porto e Hospital de Santa Maria, 25 de fevereiro de 2014

O Presidente da Comissão de Ética



Jorge Tavares

**Projeto de Investigação: “Adaptação da Escala do Conforto
Térmico de Wagner, Byrne e Kolcaba para o Contexto
Português”**

De: Aline Cabral De Vasconcelos (Aline.Vasconcelos@hospitaldebraga.pt)

Enviada: segunda-feira, 17 de março de 2014 12:17:18

Para: acatarinamartins@hotmail.com (acatarinamartins@hotmail.com)

Exma. Sra. Enf. Ana Catarina Martins,

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB), após analisar o processo relativo ao projeto de investigação clínica intitulado " *Adaptação da Escala do Conforto Térmico de Wagner, Byrne e Kolcaba para o Contexto Português*", deliberou a emissão do seguinte parecer que passo a reproduzir:

" Eticamente nada a opor à realização do projeto"

Informa-se o deferimento da Comissão Executiva do Hospital de Braga ao projeto apresentado, considerando o parecer favorável da Direção Clínica e da CESHB que entendeu nada ter a opor do ponto de vista ético.

Melhores cumprimentos,



Extrato da Ata Nº 3 da Comissão de Ética das Unidades Operacionais de Saúde da Santa Casa
da Misericórdia do Porto

" Hipotermia e conforto peri-operatórios – eficácia e custos de um sistema de isolamento térmico" da responsabilidade da Sra. Enfermeira Isaura Carvalho, a ser desenvolvido no Hospital da Prelada – também este projeto obteve parecer favorável.

*Para dar cumprimento
à Sr. Enfe Isaura Carvalho.
Para dar cumprimento à
CAE*

[Signature]
DIRECTOR CLÍNICO
(Dr. Vazão Pinto)

14/6/17

A Secretária da Comissão de Ética

Anabela Monteiro